



Universidad de la República

Facultad de Psicología

TRABAJO FINAL DE GRADO

Modalidad: Monografía

Yo lo parí, pero no es mi hijo

Recorrido normativo y psicológico de la gestación subrogada

Estudiante: Romina Ivanoff

Cédula de identidad: 4.845.199-4

Tutora: Asist. Mag. Carolina Farías

Octubre de 2020

Montevideo, Uruguay

Yo lo parí, pero no es mi hijo

Recorrido normativo y psicológico
de la gestación subrogada



Índice

Introducción	3
Revolución Sexual y Reproductiva	5
Aspectos históricos de la Reproducción Humana Asistida	8
Gestación subrogada	10
Diferencias en la terminología	11
Modalidades de la Gestación Subrogada	13
La Gestación Subrogada en el Derecho Internacional	14
Legislaciones con prohibición total	14
Legislaciones que permiten la GS bajo determinadas condiciones	15
Legislación de GS altruista intrafamiliar	16
Legislaciones que habilitan la GS Comercial	17
Países sin legislación sobre GS	18
Turismo reproductivo	20
Aspectos psicológicos de la GS	22
Aspectos psicológicos investigados sobre las mujeres gestantes	22
Aspectos psicológicos investigados sobre los padres intencionales	25
Aspectos psicológicos investigados sobre la relación entre la gestante y los padres comitentes	29
Aspectos psicológicos indagados en la GS transnacional.	30
Aspectos psicológicos indagados en los hijos producto de GS	31
Aspectos psicológicos indagados sobre los hijos biológicos de la mujer subrogante	33
Aspectos psicológicos investigados en la subrogación intrafamiliar.	34
Conclusiones	36
Referencias bibliográficas	41

Introducción

La presente monografía, se enmarca en la realización del Trabajo Final de Grado para la obtención del título de Licenciada en Psicología. En él, se explora y desarrolla las problemáticas generadas por las Tecnologías de Reproducción Humana Asistida (TRHA), con especial énfasis en la Gestación subrogada. Aunque, el surgimiento de la gestación subrogada data de varios siglos atrás, los cuestionamientos en relación a su práctica tienen origen en la modernidad. Actualmente el uso de la Subrogación como medio para lograr la concepción del hijo propio, ha crecido de manera exponencial en el mundo. Generando cambios en relaciones familiares y filiatorias, como las leyes que intentan regular su práctica. El sueño del hijo propio genéticamente vinculado a través de la subrogación, se ha convertido en una nueva industria altamente rentable, que genera grandes ganancias, la cual, ha llevado a la mercantilización del útero femenino, y la explotación de su cuerpo como un bien del mercado (Amador, 2010; Guzmán, 2017).

En relación a Uruguay, en los últimos años ha habido grandes cambios con respecto a las garantías normativas para el pleno ejercicio de Derechos Humanos. En el 2008 se reglamentó la Ley sobre Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva (Uruguay, 2008), en el 2012 se promulgó la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (Uruguay, 2012). Un año más tarde fue el turno de la Ley de Reproducción Humana Asistida (RHA) (Uruguay, 2013), con el fin de regular dichas técnicas y establecer los requisitos que deben cumplir las instituciones que las aplican.

En el marco de la Ley N°19167, se entenderá a las Técnicas de Reproducción Humana Asistida como: *“el conjunto de tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación de gametos o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo”* (Uruguay, 2008, art. 1). La RHA es incluida como prestación por parte del Sistema Nacional Integrado de Salud, e incluye las siguientes técnicas:

(..) la inducción de la ovulación, la inseminación artificial, la microinyección espermática (ICSI), el diagnóstico genético preimplantacional, la fecundación in vitro, la transferencia de embriones, la transferencia intratubárica de gametos, la transferencia intratubárica de cigotos, la transferencia intratubárica de embriones, la criopreservación de gametos y embriones, la donación de gametos y embriones y la gestación subrogada (...) (Uruguay, 2008, art. 1).

Esta última técnica implica un procedimiento de alta complejidad, es decir, que la unión de espermatozoide y óvulo ocurre fuera del útero, resultando de embriones (criopreservados o no) que serán transferidos al útero de una mujer, quien no es la solicitante del tratamiento. Y debido a las características particulares de la gestación, tendrá un apartado particular en el capítulo IV de dicha Ley.

En Uruguay los arreglos de subrogación se disponen dentro de un acuerdo gratuito y no de un contrato. Ante todo, se considera de carácter nulo cualquier contrato de subrogación, sea de índole onerosa o no. La peculiaridad de ley uruguaya se debe a que solo podrá gestar un familiar de segundo grado de consanguinidad de la mujer cuyo útero no le permita gestar su embarazo, o de la pareja según el caso (Uruguay, 2008). Aunque no se han registrado aún casos de subrogación en el país, es pertinente la investigación y producción de conocimiento en relación a esta práctica y, sobre todo, en lo que concierne los efectos psicológicos que podrían surgir por la utilización de este tipo procedimientos en los partícipes de la misma.

Revolución Sexual y Reproductiva

El siglo XX se convirtió en el escenario de la revolución sexual y reproductiva. A causa del feminismo de mitad del siglo, que cuestionó el lugar de la mujer en la sociedad (Saletti, 2008; Brown, 2009) y el desarrollo de tecnologías que cambiarían la forma de experimentar la sexualidad y la reproducción para siempre (Dhont, 2010; Mata y Vázquez, 2018; Thomas, 2003).

Hasta el siglo XX, la mujer fue excluida de los centros educativos y los ambientes laborales, sólo le aguardaba un destino, contraer matrimonio (Expósito, 2004). El contrato matrimonial, la sustrae del ámbito público y la recluye al privado, produciendo una operación de apropiación de su cuerpo, de su sexualidad, y de su capacidad reproductiva (Brown, 2009). En consecuencia, deviene en una mujer doméstica, en esposa y madre. La ideología patriarcal, mediante dispositivos políticos y sociales, logró imponerles a las mujeres la función reproductiva y maternal como único destino y como una construcción simbólica y cultural de su esencia (Expósito, 2004). Configurándose así, el paradigma de Mujer=Madre, con la invención de un supuesto instinto materno, reforzados por representaciones de feminidad como el de la Virgen María en la cultura judeo-cristiana. Pero, a mediados de siglo, factores económicos, sociales, políticos y científicos, hacían cada vez más necesaria la inclusión femenina como sujetos políticos (Thomas, 2003). Los movimientos feministas de aquel entonces, en concordancia con otros movimientos políticos, ponen en debate la cuestión de la sexualidad y la reproducción (Brown, 2009). Siendo De Beauvoir la primera en exponer y denunciar el rol que le había sido asignado, al considerar a la maternidad como un obstáculo, que impide la realización intelectual y personal, negándola como único destino impuesto socialmente (Saletti 2008).

Estos movimientos fueron concomitantes a los desarrollos científicos y tecnológicos que hicieron posible la creación de la *Píldora Anticipativa*. Un método de control de la natalidad que le brindaría a la mujer control de su fecundidad, y, por consiguiente, de su cuerpo y su sexualidad. La píldora surgió en la década de los sesenta, y supuso el disfrute sexual sin temor a embarazos no deseados, convirtiendo a la maternidad en una elección (Dhont, 2010).

En los sesenta la píldora anticonceptiva permitió el acto sexual sin reproducción, y en los setenta las TRHA permitieron la procreación sin acto sexual. “(...) *esta separación entre el fenómeno reproductor humano y el ejercicio de la sexualidad viene a plantear una problemática que desborda las estructuras jurídicas existentes y actúa como punto de partida para un gran número de cambios*” (Lamm, 2012, p.17).

En sus inicios, estos tratamientos reproductivos estaban dirigidos a parejas heterosexuales infértiles. Sin embargo, estas tecnologías son cada vez más utilizadas por razones sociales

que médicas (Golombok, 2015). Su desarrollo significó grandes debates morales y éticos en torno a su uso y acceso (Beca, Lecaros, González, Sanhueza, Mandakovic, 2014; de Lora y Gascón, 2008; Geri, 2019; Klitzman y Sauer, 2015; Lima y Rosi, 2019; Moyano et al., 2016; Vega, Vega y Martínez, 1995; Riestra y Galán, 2018; Yurman, 2017; Zegers-Hochschild, 2010). Actualmente, la biomedicina ha logrado alejar la herencia genética de la paternidad con los avances de terapia de reemplazo mitocondrial (MRT) en la reproducción humana. Un bebé se crea a través de la Fecundación In Vitro (FIV) usando el espermatozoides de un hombre y el óvulo de una mujer, donde el ADN relacionado con una enfermedad se reemplaza con ADN sano de un donante. A estos niños se los conoce como "bebés de tres padres". Los cuestionamientos bioéticos en torno a estas nuevas tecnologías no se han hecho esperar (Douglas y Devolder, 2018). La procreación deja de ser exclusiva de dos personas y se convierte en un proceso reproductivo dividido en etapas que puede ser efectuada por una persona diferente, con distinto grado de participación (de la Barrera, 2017), llegando a contribuir hasta cinco personas (la pareja solicitante, los donadores, y la mujer gestante). Todo ello sin incluir la intervención de los profesionales de la salud y/o jurídicos (Lamm, 2012; Stolcke, 2018). En este sentido: *"Tener sexo, transmitir genes, dar a luz: estos factores de la vida fueron en un momento dado las bases para las relaciones entre esposos, hermanos, parientes, e hijos, es decir, fueron las bases de las relaciones de parentesco"* (Strathern citado en Cardaci y Sánchez, 2009, p.22), con TRHA, y en especial, con la extensión del procedimiento de gestación subrogada, se pone en tela de juicio estos factores y sobre todo, la máxima del derecho romano; *mater semper certa est*¹ (la madre es siempre conocida), principio fundamental en el ámbito de la historia y filiación jurídica. Históricamente, la reproducción era considerada un asunto privado, pero los gobiernos se vieron en el deber de intervenir y mediar en el ámbito reproductivo, para determinar casos de ilegitimidad o legitimidad de ciertos nacimientos y proteger determinados derechos que puedan verse vulnerados (Guzmán, 2017; Spar, 2005). Se ha trasladado la reproducción humana de la esfera privada a la esfera pública.

Lo que en un comienzo consistió en subsanar un problema reproductivo de una pareja, a partir de una técnica determinada, se fue ampliando el uso que se fue haciendo de la misma a partir de nuevas demandas y sus efectos no se produjeron sólo en el ámbito científico, sino también en el ámbito extra-científico: en las parejas, en los niños y también en el cuerpo social (Alkolombre, 2002, p. 2).

Pizzo (2006), señala que las TRHA han dejado de ser biomedicinas creadas para curar incapacidades reproductivas, para devenir en la cura de los deseos de los futuros padres. En la medida en que ya no solamente se recurren a ellas por razones

¹ "En la época romana la madre, y por tanto la filiación materna, *ab initio* está revestida, desde un punto de vista jurídico, y sin duda alguna consecuencia de su capacidad natural de gestar, de una evidente y real certeza" (Marín, 2019, p.295).

de infertilidad, sino para cumplir con el deseo de un hijo genéticamente vinculado, con el sexo y las características deseadas. Para el autor esto parecer ser un reemplazo de la relación coital. Por ello, es que no es de extrañar que estas técnicas hayan ingresado al campo del consumismo y del mercado, cumpliendo un servicio a cambio de dinero.

Aspectos históricos de la Reproducción Humana Asistida

Si bien se considera la década del setenta como el inicio de las técnicas de reproducción asistida, la realidad es que su historia comienza mucho tiempo atrás. Tanto la inseminación artificial como la transferencia de embriones fueron desarrolladas antes del siglo XX en animales (de Lora y Gascón, 2008; Kammel, 2013).

El primer procedimiento exitoso de inseminación artificial registrado en humanos fue realizado por John Hunter a finales del siglo XVII (de Lora y Gascón, 2008). En 1884, el Doctor y profesor William Pancoast realizó por primera vez este procedimiento con esperma de donante (Berger, 2010). Al culminar la Segunda Guerra Mundial, el uso de esta técnica se acrecentó debido a los problemas físicos y psicológicos de los soldados que retornaban a sus respectivos países (Tame Ayub, 2016). En febrero de 1944, los estadounidenses Miriam Menken y John Rock lograron por primera vez la fertilización de un óvulo humano fuera del organismo. Sin embargo, no llevaron a cabo un embarazo (Mata y Vázquez, 2018). En 1953, Bunge y Sherman consiguieron el primer embarazo humano con esperma congelado. Surgiendo los primeros bancos de semen en Estados Unidos (Stolcke, 2018). Los buenos resultados, y la nueva información sobre el campo de la fertilización humana, llegaron a la prensa y al público, recibiendo críticas mixtas (Biggers, 2012). Veintitrés años más tarde, en Australia, Carl Wood y John Leeton obtuvieron el primer embarazo humano mediante FIV, sin embargo, el embarazo no llegó a término. Será en 1978, que Steptoe y Edward lograrían el nacimiento de Louise Brown, la primera bebé producto de la FIV. Su llegada fue tan celebrada como desaprobada por políticos y personalidades religiosas. Louise fue nombrada como “el bebé del siglo” y su nacimiento marcó un antes y un después en el progreso de la reproducción humana asistida (Mata y Vázquez, 2018). El primer embarazo derivado de un embrión criopreservado fue reportado en 1983 (Beca et al., 2014).

Las TRHA se siguieron desarrollando en varios países sin ninguna regulación. Recién en el año 1984 el Estado australiano de Victoria se convertiría en el primero en aprobar una legislación reguladora de las TRHA y de las investigaciones con embriones humanos (Cohen, et al., 2005).

En Latinoamérica, en 1984 nació el primer bebé producto de la FIV en Colombia. En los años siguientes, esta y otras TRHA se expandieron hacia Argentina, Brasil y Chile. Llegado los años noventa, se creó el Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida (REDLARA), teniendo como uno de sus fines el desarrollo de una base de datos fidedigna de los resultados de las TRHA en Latinoamérica. REDLARA, significó un gran aporte para el ámbito científico mundial, por ser el primer registro voluntario y multinacional del mundo (Schwarze, Hosghild y Galdames, 2010).

En lo concerniente a Uruguay, en 1986 el Doctor Gerardo Bossano reunió al primer grupo de profesionales capacitados especialmente en la atención reproductiva, para formar la primera clínica de reproducción del país, el Centro de Esterilidad Montevideo (CEM), el cual sigue funcionando en la actualidad (CEM, s.f.). Dicha clínica logró el primer nacimiento por FIV en Uruguay en 1990 y en 1996 el primer nacimiento mediante la técnica Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI). Se continuó realizando tratamientos reproductivos sin normativa durante veinte años, pese a que la primera clínica de fecundación asistida se fundó a finales de los años ochenta.

En el año 1996 se dieron los primeros pasos hacia una reglamentación, pero sin éxito. Por su parte, los expertos solicitaban una legislación que pudiera proteger a pacientes y a médicos de posibles demandas e indicaban la importancia de considerar a la esterilidad como una enfermedad con repercusiones psíquicas y físicas (La Red 21, 2008). Sin embargo, el proyecto de ley sería discutido durante los próximos diecisiete años, hasta ser aprobado recién en el año 2013 (Uruguay, 2013). Previo a su aprobación, el Estado solamente auxiliaba a los servicios públicos que realizaban tratamientos reproductivos. En 2009 la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), junto con el Centro Iberoamericano de Reproducción Asistida (CIRA) lanzó un programa que garantizaba el acceso gratuito a los procedimientos, pero solamente duró un año. Entretanto, en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) se brindaban tratamientos hormonales e inseminaciones artificiales (tratamientos de baja complejidad), pero solo a parejas afiliadas a ASSE con al menos dos años de antigüedad ambos. En suma, al no considerarse la infertilidad y esterilidad como patologías, los servicios de salud no estaban obligados a ofrecer tratamientos para darles solución. En consecuencia, aquellos usuarios pertenecientes a la salud privada o quienes requerían tratamientos complejos² debían recurrir a clínicas privadas, cuyos costos oscilaban entre 600 y 12.000 dólares dependiendo el tratamiento (La República, 2013).

Actualmente, a partir de la aprobación de la Ley sobre TRHA, las técnicas de alta complejidad son financiadas, parcial o totalmente, por el Fondo Nacional de Recursos³ y las de baja complejidad, por el Fondo Nacional de Salud. Las disposiciones de financiamiento han llevado a que según la REDLARA (2019), Uruguay sea el segundo país de América Latina, después de Argentina, en proporcionar una atención universal de tratamientos de infertilidad.

² “Las técnicas o procedimientos de alta complejidad son aquellas en virtud de las cuales la unión entre óvulo y espermatozoide tiene lugar fuera del aparato genital femenino, transfiriéndose a este los embriones resultantes, sean estos criopreservados o no” (Uruguay, 2013).

³ Fondo Nacional de Recursos es un organismo público no estatal que forma parte del modelo de financiamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay, como seguro universal específico para procedimientos y medicamentos de alto costo (Bazzano, Perna, Albornoz y Gambogi, 2017, p.7)

Gestación subrogada

Si bien la gestación subrogada parece ser una práctica contemporánea, la realidad es que en el Antiguo Testamento se puede encontrar lo que podría considerarse como el primer caso, cuando Sarah hallándose infértil, le pidió a Abraham, su marido, que tomará a su sirvienta egipcia Agara para tener a sus hijos través de ella (Génesis, 16:1-2). Este no es el único caso perteneciente a textos sagrados en donde se encuentran antecedentes de esta práctica. Según la religión Hindú Jain, Sakra el gobernante de todos los dioses del cielo y la tierra, en una de sus reencarnaciones se percató de que Mahavira había sido concebido por Davananda, una mujer de una casta inadmisibles. Por lo que ordenó que el embrión, que estaba gestando Devananda, se transfiera al vientre Trisalá, una mujer de casta aceptable, esposa del rey Siddhartha (Biggers, 2012).

Llegada la época moderna, ya no en textos sagrados, los avances tecnológicos permitieron nuevas formas para solucionar la infertilidad femenina a través del útero de otra mujer. El primer acuerdo de subrogación documentado ocurrió en el año 1976, patrocinado por el abogado Noel Kenane, fundador de la Surrogate Family Service Inc, en Michigan (Douglas y Devolder, 2019). En estos primeros contratos, el óvulo de la mujer gestante era inseminado mediante inseminación artificial, por ende, mantenía un vínculo genético con el niño. Pero el panorama cambió con el surgimiento de la FIV, pues gracias a este procedimiento la gestante no tendría que aportar sus óvulos. El primer caso de este tipo aconteció en 1984, cuando los óvulos de una mujer fueron transferidos al útero de otra, que luego dio a luz a un bebé con quien no compartía un vínculo genético (Lamm, 2012).

Sin embargo, fue el caso conocido con el nombre de *Baby M* el que conmocionó al mundo, y encaminó a la reflexión acerca de qué es una madre a mediados de los ochenta. Sucedió en Estados Unidos, cuando un tribunal de Nueva Jersey debió decidir quién era la madre de la bebé nacida de una gestación subrogada comercial. Beth Whitehead pactó con Elizabeth Stern y William Stern gestar a un niño, que luego les entregaría. La gestante, tenía ya dos hijos y manifestó no desear más, por lo cual se mostró dispuesta a ayudar a los Stern. Pero, al momento del parto, Beth no quiso aceptar el dinero y tampoco quiso firmar la concesión de custodia. A pesar de que, en el contrato, especificaba la prohibición de cualquier intento de crear una relación materno-filial con el bebé, tres días después de entregar a la niña, decidió recuperarla. El matrimonio Stern debió acudir al FBI para recuperar a la bebé, ya que su madre biológica se la había llevado. Finalmente, el Tribunal Supremo de Nueva Jersey, resolvió otorgarle de la custodia completa a William y Elizabeth Stern, permitiéndole a Whitehead derechos de visita (Basterra, 1987).

Desde entonces, la gestación subrogada: *“se ha convertido en una realidad en muchos países, bien realizándose en ellos o admitiendo que sus ciudadanos la lleven a cabo en otros países”* (Guzmán, 2017, p. 200).

Diferencias en la terminología

La terminología utilizada para denominar a la tecnología reproductiva basada en la transferencia de gametos de padres previstos y/o de terceros a una mujer que llevará adelante un embarazo, no es unívoca (Arámbula, Richard y Bustos, 2008; Guzmán, 2017; Lamm, 2012; Souto 2005), según Arámbula et al. (2008) desde 1985 han surgido las siguiente 18 denominaciones:

alquiler de vientre, alquiler de útero, arriendo de útero arrendamiento de vientre, donación temporaria de útero, gestación por cuenta ajena o por cuenta de otro, gestación de sustitución, gestación subrogada, madre portadora, maternidad sustituta, maternidad de sustitución, maternidad suplente, maternidad de alquiler, maternidad de encargo, madres de alquiler, madres portadoras, vientre de alquiler, surrogated motherhood, su denominación en inglés (p. 33).

Tampoco existe unanimidad sobre cuál sería la terminología correcta para designar a esta técnica de reproducción asistida. Ciertos autores entienden que las nociones no deberían ser utilizadas indistintamente como sinónimos, pues presentan diferencias (Arámbula et al., 2008; Lamm, 2012; Pizzo, 2008; Souto, 2005).

Según el Diccionario del español jurídico (DEJ), la gestación por sustitución es aquel: *“Embarazo mediando un contrato en virtud del cual la madre gestante renuncia a la declaración de maternidad del hijo en favor del reconocimiento de la filiación biológica de otras personas (padres comitentes o intencionales)”*. Conforme a la definición anterior, la gestación por sustitución abarcaría sólo los casos de padres intencionales que aportan el material genético, dejando fuera así las situaciones en que la gestante aporta tanto la gestación, como su óvulo, y también a aquellas en que los padres intencionales no aportan ningún gameto. Por otro lado, este mismo Diccionario define a la gestación subrogada como: *“Técnica reproductiva que utiliza un vientre de alquiler”* (DEJ), definiendo a este último como: *“Mujer que, previo acuerdo, cede su capacidad gestante para que le sea implantado un embrión ajeno, engendrado mediante fecundación in vitro, y se compromete entregar al nacido al término de su embarazo”* (DEJ).

Según Souto (2005) la gestación por sustitución implica la transferencia de embriones de una pareja al útero de una mujer, para que lo gaste y luego entregue a éstos. Dicha denominación abarca, además, los casos en que la mujer gestante aporta su óvulo, el cual será fecundando con el semen del hombre que tiene la intención de ejercer la patria potestad del bebé producto de la inseminación. Por otra parte, bajo el término maternidad subrogada, se incluyen otras variantes, ejemplo, que la pareja que solicite el tratamiento no aporte su material genético; o que no se tratase de una pareja sino de una mujer u hombre que desean asumir la crianza del bebé en solitario.

Aun cuando existen distintas maneras para conceptualizar esta práctica, inequívocamente todas coinciden en un mismo elemento, en la inexorable entrega del recién nacido una vez culminada la gestación (Casciano, 2018; de la Barreda, 2017; Lamm, 2012).

En vista de los argumentos expuestos y los que se expondrán, el término correcto sería gestación subrogada y no maternidad subrogada. Aunque, según algunos autores, esta biotecnología ha llevado a que se hable de una disociación de la maternidad y de una multipaternidad, debido a la pluralidad de individuos que intervienen en el proceso procreativo (Arámbula et al., 2008). No se utilizará el término maternidad, por entender que no se puede reducir la misma únicamente a la gestación: *“(...) ya que esto reproduciría el estigma de una sujeción cultural de la mujer, identificada, a lo largo de los siglos, exclusivamente con su capacidad reproductiva”* (Casciano, 2018, p.52). La maternidad es un proceso que se inicia antes de la fecundación del óvulo con el espermatozoide, cuando comienza el deseo de ser madre y continúa luego del nacimiento con la crianza. Lo que se subroga es la gestación, no la maternidad, porque esta última es singular y engloba una realidad más allá del parto. Tampoco se utilizará el término vientre de alquiler, por considerarse una forma peyorativa de nombrar al proceso (Lamm, 2012) y, además, según de la Barreda (2017) tampoco:

(...) se trata de un vientre de alquiler, sino de una “madre de alquiler”, ya que lo que se está haciendo es contratar a una persona en su integridad, no solo su vientre, para que lleve a cabo la gestación que quien la contrata no desea o no puede llevar a cabo (p. 154).

La denominación maternidad por sustitución tampoco parece adecuada: *“(...) ya que desde la perspectiva biológica y genética la maternidad no es sustituible y/o hay maternidad genética (la madre que aporta el óvulo) o hay maternidad fisiológica (la madre gestante)”* (de la Barreda, 2017, p. 154).

Por tanto, se empleará el término gestación subrogada para definir:

aquel contrato oneroso o gratuito, por el cual una mujer aporta únicamente la gestación, o también su óvulo, comprometiéndose a entregar el nacido a los comitentes (una persona o pareja, casada o no), que podrán aportar o no sus gametos; en este último caso, los gametos procederán de donante (masculino y/o femenino) (Pérez Monge, 2002, citado en Lamm, 2012).

Igualmente, se debe aclarar que la inclinación del término gestación subrogada, no significa que el mismo no esté exento de críticas. Simplemente en vista de los argumentos resulta ser la noción más abarcativa (Casciano, 2018; de la Barreda, 2017; Lamm 2012).

Modalidades de la Gestación Subrogada

En la gestación subrogada se pueden reconocer dos modalidades según el relacionamiento biológico, existente o no, entre el embrión y la mujer gestante.

Se denomina gestación subrogada tradicional, total o plena, cuando la mujer además de brindar la gestación aporta su óvulo (Beetar, 2019; Dar et al., 2015; Lamm, 2012; Torres, Shapiro y Mackey, 2019). Este tipo de gestación puede resultar más intrincado que la segunda modalidad, debido a las potenciales consecuencias negativas en la gestante y en los/as; o el/la comitente, debido a lazo genético que la une con el bebé (Guzmán, 2017) e incluso porque: *“(...) puede ocurrir en circunstancias informales, a través del sexo o la inseminación casera, con poca o ninguna participación del Estado o de los profesionales de la salud”* (Lamm, 2012, p. 28).

La segunda modalidad, gestación subrogada gestacional o parcial, a diferencia de la anterior, el óvulo no pertenece a la gestante, el mismo es implantado a través de la FIV. El material genético puede provenir de la madre intencional o de una donante (Lamm 2012; Dar et al., 2018; Torres et al., 2019). La resolución de utilizar gametos de un donador en lugar del propio, puede deberse a la imposibilidad de aportar ambos (en caso de parejas homosexuales o personas solteras), a causa de la infertilidad o por riesgo de transmitir una enfermedad genética (Flores, 2012; Lamm, 2012).

Además de las distinciones anteriores, la gestación subrogada puede ser clasificada según el tipo de acuerdo entre las partes. Si el acuerdo incluye una transacción económica o algún tipo de compensación que beneficie a la gestante, se denomina gestación subrogada comercial. Si, por el contrario, la gestante no recibe una remuneración (Torres et al., 2019) o solo percibe una restitución por gastos vinculados con el embarazo y el nacimiento del niño, el arreglo de subrogación se encuadra dentro de un acuerdo de gestación subrogada altruista (Bromfield y Rotabi, 2014). Los distintos acuerdos serán regulados a partir de las leyes del país donde se originó el contrato y también del país de nacimiento del bebé. Siendo, los acuerdos de gestación comercial los más comunes en países donde no existe regulación alguna (Torres et al., 2019).

Con la eventual exclusión de entes estatales en los casos informales de gestación subrogada tradicional, y la existencia de acuerdos de gestación subrogada comercial en territorios sin ley, es de suponer, el potencial riesgo que implican ambos para validar cualquier acuerdo, situando a los participantes en una posición vulnerable.

La Gestación Subrogada en el Derecho Internacional

No existe una anuencia en el Derecho Internacional con relación a la gestación subrogada, su prohibición o aceptación ha quedado a discreción de las distintas naciones. Lo que ha traído múltiples problemas, como se desarrollará en este capítulo.

Legislaciones con prohibición total

Hasta el momento, algunos países han decidido restringir la gestación subrogada en su totalidad como medio para prevenir adversidades (Marinelli, 2020).

En Alemania⁴, Italia⁵, Francia⁶, España, esta técnica está prohibida; en todos, excepto el último, aplican penas de prisión o multas a quien no acate lo establecido por ley (Alemania, 1976; Alemania, 1990; España, 2006; Francia, 1994; Francia, 2000; Francia, 2002; Italia, 2004).

La prohibición legal de la gestación subrogada ha ocasionado que las parejas, así como hombres y mujeres solas, recurran a la misma en el extranjero. En consecuencia, algunos países se vieron en la obligación de crear protocolos de actuación en relación al reconocimiento filial de los niños nacidos a través de la gestación subrogada en el extranjero y sus padres intencionales. En Alemania, por ejemplo, sólo es reconocida la paternidad legal, siempre y cuando, comparta un vínculo genético con el niño. A la mujer, se le niega este derecho porque según las leyes del país, la madre es quien da a luz (Ministerio de Relaciones Exteriores Alemania, 2019), solamente le será reconocida la maternidad legal, por medio de un proceso de adopción (20 minutos, 2019).

En Italia, la pareja o cónyuge que no tengan una relación genética con el menor, podrá generarla a través de la figura de adopción en situaciones particulares (Italia, 1987).

En Francia, al igual que en Alemania y por iguales motivos, no se le reconocía a la madre intencional como madre legal del niño (Brusorio, 2019). Este país quedó envuelto en la polémica cuando se negó a registrar a niños nacidos a través de la gestación subrogada (Marinelli, 2020). El Tribunal Europeo de Derechos Humanos expresó que, denegar la inscripción civil, produce una indeterminación de la identidad filial, vulnerando el derecho de los niños previsto por la Convención Europea de Derechos Humanos (TEDH, 2014, citado en Durán 2015). Francia hizo caso omiso a la intervención del Tribunal, y continuó negando

⁴ Sanciona con una multa a aquel que se comprometa a llevar a cabo una inseminación artificial o transferencias de embriones humanos a una mujer que luego de dar a luz entrará al neonato. Y, castiga con prisión o con multa, a quien actué como intermediario. Quedan exentos de castigo la gestante y los padres previstos (Alemania, 1990).

⁵ Penaliza con dos años y tres meses de prisión, más una multa de 600.000 a un millón a cualquier persona que realice, organice o anuncie la comercialización de gametos o embriones o la gestación heteróloga. Queda absuelta de sanción las personas a las que se le aplique la técnica (Italia, 2004).

⁶ Castiga a aquel que accione como intermediario, con prisión de un año y 15.000 euros de multa, pudiendo duplicarse las penas, en caso de convertirse en un accionar habitual con fines de lucro (Francia, 2002). Castiga con prisión y multas monetarias a las gestantes y a los padres intencionales (Francia, 2000; Francia 2002).

a las familias la inscripción de los niños, lo cual llevó a que fuera condenado por el organismo (Brusorio, 2019). Estas sanciones provocaron un cambio en la jurisprudencia francesa y en el año 2015 la Corte de Casación francesa falló a favor en dos casos de niños nacidos en Rusia. Pero con la condición de que el padre biológico sería el reconocido y no la madre. Dos años más tarde, esta misma Corte mantendrá la anterior disposición, no le permitiría registrarse a la madre de intención, aunque esta haya aportado el material genético; pero esta vez, ella o él (en caso de parejas homosexuales), podrán generar un lazo filiatorio a través de la adopción (Ayuso, 2018). El llamado al reconcentramiento de los niños por parte del TEDH puede tener implicación a futuro para España; que, permitía la inscripción en el Registro Civil de los niños nacidos en el extranjero a través de la gestación subrogada (Dirección General de los Registros y del Notariado, 2010), hasta que en el 2019 el Ministerio de Justicia anunció que ya no aceptaría más los registros consulares (Ministerio de Justicia Español, 2019).

Legislaciones que permiten la GS bajo determinadas condiciones

El tratamiento de gestación subrogada es aceptado en Canadá, Grecia y Reino Unido, siempre y cuando sea altruista, es decir, no comercial. Anunciarse como gestante o como padres intencionales, pagar o aceptar pago en acuerdos de subrogación; o actuar como intermediario, está prohibido en estos países, llegando a ser penalizadas estas acciones con cárcel y/o multa dependiendo la legislación de cada país (Canadá, 2004; Grecia, 2005; Reino Unido, 1985). No obstante, son aceptadas las restituciones monetarias, por gastos relacionados con el embarazo o por pérdida de ingresos laborales (Canadá, 2004; Grecia, 2005; Human Fertilisation and Embryology Authority, s.f).

Particularmente, en Canadá los contratos de gestación subrogada quedan librados a los mandatos provinciales (Canadá, 2004). Siendo considerados nulos en Quebec (Gouvernement du Quebec, s.f). Al igual que en el Reino Unido, permite la práctica a cualquier persona sin importar su orientación sexual o su estado civil (Canadá, 2004; Human Fertilisation and Embryology, Authority, s.f). Las normas del Derecho Familiar reconocen la paternidad basada en la intención, por tanto, los padres solicitantes son reconocidos legalmente como padres (Government of Canadá, 2014).

En el caso de Grecia, la gestación subrogada está limitada a mujeres solteras, a parejas heterosexuales con incapacidad para tener hijos, y/o como método para evitar transmisión de enfermedades a la descendencia. Se debe obtener un permiso judicial⁷ previo a la transferencia de embriones, en él, los padres intencionales son reconocidos como padres

⁷ En el permiso judicial se presume a la comitente como la madre del niño. No obstante esta presunción puede ser revocada, dentro de los seis meses de nacido del niño, si demuestra que el niño tiene relación genética con la gestante (Grecia, 2002).

legales del niño (Grecia, 2002). Y la gestante debe someterse a exámenes médicos y psicológicos antes del procedimiento (Grecia, 2005)

Los acuerdos de subrogación en Israel deben ser aprobados por una Junta⁸, que se encargará de examinar la capacidad física y mental de todos los involucrados en el procedimiento (Israel, Ministerio de Salud, 2018). Previamente los acuerdos estaban limitados solo a parejas heterosexuales, siempre que la mujer no pudiera quedar embarazada o que el embarazo pudiera poner en riesgo su vida (Lamm, 2012). A partir de febrero de este año el Tribunal Supremo israelí aprobó que tanto parejas homosexuales, como personas solteras puedan acceder a este proceso (La Vanguardia, 2020). La gestante debe ser de la misma religión de los padres intencionales (exceptuando los casos en que ninguna de las partes sea judía) y ser soltera (Law Library of Congress Israel, 2012), no puede ser familiar de ningunos de los padres comitentes y tiene prohibido proveer los óvulos (Israel, Ministerio de Salud, 2018)

En el Reino Unido la gestante puede ser una desconocida, una familiar o una amiga (Human Fertilisation and Embryology Authority, s.f). Según la ley serán ella y su pareja (si es que tiene) reconocidos como padres legales del niño. La paternidad debe ser transferida a los padres intencionales por medio de la adopción o por orden parental (Department of Health and Social Care, 2018).

Legislación de GS altruista intrafamiliar

La subrogación llevada a cabo por un familiar, es una modalidad de gestación altruista particular admitida en Brasil y Uruguay. Para ambos será admisible el procedimiento siempre que haya un problema médico que le impida a la mujer gestar un embarazo. Pudiendo ser una familiar de hasta cuarto grado de consanguinidad en Brasil, y de segundo grado en Uruguay, quien gestará al bebé (Centro Federal de Medicina, 2017; Uruguay, 2013).

Para el caso de Brasil, su normativa corresponde con un ordenamiento del Centro Federal de Medicina (CMF), el cual es un: “(...) *dispositivo deontológico a ser seguido por los médicos*” (Sánchez, 2010, p.20). Según lo dispuesto, las parejas homosexuales y personas solas también pueden acceder a este tratamiento. Además, la resolución prevé informes médicos que contemplen los aspectos biopsicosociales y el perfil psicológico que acredite la recuperación clínica y emocional de los involucrados del proceso. Así como el tratamiento y seguimiento médico de la familiar sometida a la gestación por parte de un equipo

⁸ La Junta está a cargo del Ministro de Salud y está integrada por: dos médicos titulados de obstetricia y ginecología; un médico especialista en medicina interna; un psicólogo clínico; un trabajador social; un representante público jurista y un clérigo, según la religión de las partes del acuerdo (Israel, Ministry of Health, 2018)

multidisciplinario. La filiación entre los padres intencionales y el niño es garantizada previamente al embarazo de la gestante (CFM, 2017).

En Uruguay, por su parte, al tratarse de una técnica de alta complejidad, un equipo médico realiza una evaluación clínica, paraclínica y psicológica de las personas involucradas (Zignago, 2020). Dicha valoración se dirige a la Comisión Honoraria de Reproducción Asistida, la cual evaluará si se cumplen con los requisitos estipulados en la Ley (Uruguay, 2013). La misma está conformada por:

- a) *Un representante del Ministerio de Salud Pública que la presidirá.*
- b) *Un representante del Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos.*
- c) *Un representante de las Facultades de Medicina.*
- d) *Un representante de las Facultades de Derecho.*
- e) *Un representante de la Sociedad Uruguaya de Reproducción Humana (SURH).*
- f) *Un representante del Colegio Médico del Uruguay (Uruguay, 2013).*

En vista de que la gestante debe ser familiar, y que el uso de esta técnica está limitado para aquellos casos en que exista un problema médico que impida el embarazo, queda restringida la demanda a mujeres y parejas heterosexuales. Dejando por fuera a las parejas masculinas del mismo sexo y a los hombres solteros (Uruguay, 2013). Médicos y ginecólogos aseguran que los uruguayos recurren al exterior para tener acceso a este procedimiento. A pesar de que, en Estados Unidos, el costo del mismo es de 120.000 dólares llegando incluso a 160.000, y en Uruguay puede llegar a costar alrededor de 8.000 dólares (Pujadas, 2019).

Legislaciones que habilitan la GS Comercial

La gestación subrogada comercial, como fue presentada anteriormente, comprende la posibilidad de recibir una remuneración económica por los servicios de gestación. La misma: “(...) *es legal sin restricciones en la nación de Georgia, Ucrania, Rusia y, en los Estados Unidos, en California*” (Aznar y Martínez, 2019, p.58).

En Ucrania los costos de la gestación subrogación son significativamente menores en comparación con Estados Unidos (Surrogacy Ukraine, s.f). El bajo costo y sus leyes liberales lo han posicionado como un paraíso para las parejas extranjeras heterosexuales —puesto que, por ley, son las únicas pueden acceder a este procedimiento—, sobre todo luego que Asia cerrará varios centros de subrogación, por denuncias de explotación (Ponniah, 2018). En Ucrania el registro estatal del niño nacido mediante este procedimiento se realiza a solicitud de la pareja que acordó la transferencia. El documento confirma el

nacimiento y también que la mujer que lo gestó presentó una declaración con su conocimiento para entregar al niño. La validez del acuerdo se establece con la autenticidad de la firma de la gestante constatada por un notario, también debe presentarse el conocimiento de su esposo y el certificado que confirme la relación genética de los padres con el niño (Ucrania, 2013).

Por su parte, Estados Unidos, no cuenta con una normativa nacional para regular los acuerdos de subrogación. Las leyes dependen de cada Estado, algunos la prohíben, otros solo permiten determinado tipo, y algunos, la permiten abiertamente (Sánchez, 2010). Sus ciudadanos suelen recurrir a la gestación subrogada fuera de la frontera del país a causa del excesivo monto económico requerido para llevarlo a cabo en él. Siendo Estados Unidos el destino para la clase media-alta y parejas ricas del todo mundo (Bromfield y Rotabi, 2014). El Estado de California es considerado el lugar más amigable para la subrogación en este país, ya que establece una serie de normativas que brindan una mayor seguridad entre las partes involucradas y también porque establece pocos requisitos para los padres intencionales. Quizás el factor más atrayente para los futuros padres es que se los reconoce como padres legales antes de que nazca la criatura. Son básicamente las agencias las que establecen los límites sobre a quién aceptar, o no, como cliente. Corriendo el riesgo de que algunas de ellas admitan a individuos inestables a cambio de vastas sumas de dinero (Ximénez, 2017)

Países sin legislación sobre GS

En otros países la gestación subrogada es: “(...) *tolerada, aunque no exista una reglamentación expresa. Es el caso de Bélgica, Chequia y, eventualmente, Luxemburgo y Polonia*” (Flores, 2014, p.73).

En América del Sur, Bolivia, Ecuador, Paraguay y Venezuela, las TRHA no están reguladas y menos aún la gestación subrogada (Comisión Nacional de Bioética, 2016; Extra, 2019; Jesús, Bailey, Paredes y Fernández, 2014; Torre et al., 2019). En Chile, las normativas son limitadas, ya sea porque la regulación para las TRHA es escasa (Cifuentes y Guerra; 2019; Velarde, 2016) o tácitamente mediante otras leyes prohíben la gestación subrogada (Chile, 1998). En Colombia, no hay un marco legal (Beetar, 2019), sin embargo, este tratamiento está legitimado jurídicamente por la Corte Constitucional (Corte Constitucional, 2009). En Perú, la Ley General de Salud N° 26842 indirectamente insinúa la prohibición de la gestación subrogada (Perú, 1997), pero, en una sentencia la Corte Judicial declaró que mientras no exista una prohibición clara, los contratos de gestación subrogada son un ejercicio legítimo (Corte Superior de Justicia de Lima, 2017).

Por su parte, Argentina presenta la Ley N° 26.862 que regula el uso de las TRHA y garantiza su acceso integral. Sin embargo, esta regulación no hace referencia a la gestación

subrogada (Argentina, 2013). A pesar de carecer de un marco legal, existen varios casos de esta práctica dentro y fuera del país (Clarín, 2019; Fava, 2017; Vexler, 2019). Las personas que acuden a la gestación en el exterior se les reconoce como padres legales al llegar a Argentina (Argentina, 2014). Aquellos que la realizan en el territorio, deben recurrir a la justicia, previo al inicio del tratamiento, para obtener una aprobación legal (Clarín, 2019). Por otro lado, la Dirección General del Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas (2017), permite que los padres intencionales figuren en la partida de nacimiento de los bebés nacidos por esta técnica, esta disposición sólo es legítima para la ciudad de Buenos Aires.

La mayoría de estos países, con excepción de Paraguay y Venezuela (Torres et al., 2019), han presentado proyectos de ley con la intención de darle un marco legal a un procedimiento que ya es una realidad, pero ninguno ha llegado a promulgarse (La hora, 2019; Rivera, 2006; Torres et al., 2019). La falta de legislación de los países sudamericanos, ha propiciado a que se desarrolle el mercado de la gestación subrogada comercial doméstica y un destino ideal para el turismo reproductivo (Extra, 2019; Jesús et al., 2014; La hora, 2019; Torres et al., 2019). Las redes sociales y los periódicos se han convertido en los medios por los cuales las mujeres se anuncian como gestante (La hora, 2019; Torres et al., 2019) debido al vacío legal, el procedimiento de gestación subrogada se realiza de acuerdo a la ética y las normativas de las clínicas de fertilidad y los médicos tratantes (Extra; 2019; Jesús et al., 2014). Dejar los límites y el control en manos de los profesionales de la salud, en las clínicas y en los usuarios, y no en manos de la ley, ha conducido a que mujeres, por necesidades monetarias, se presenten a situaciones perjudiciales para su salud a cambio de dinero (Extra, 2019).

Turismo reproductivo

El turismo reproductivo o atención reproductiva transfronteriza como también se le denomina, se refiere: “al viaje de ciudadanos de su país de residencia a otro país para recibir tratamiento de fertilidad a través de tecnología de reproducción asistida” (Ferraretti, Pennings, Gianaroli, Natali y Magli, 2010, p. 261), y al desplazamiento para proporcionar dichos procedimientos (American Society for Reproductive Medicine, 2016). Varios pueden ser los motivos por los cuales las personas deciden migrar en busca de tratamientos reproductivos (ASRM, 2016; Ferraretti et al., 2010). Debido a que los usuarios del turismo asumen los costos de los procedimientos, resultan ser las personas de mayor poder adquisitivo quienes se inclinan a viajar (Capella, 2017).

[atrayendo] a un sector comercial compuesto por los llamados “facilitadores” o “intermediarios” con ánimo de lucro que atraen a pacientes, a posibles madres gestantes, seleccionan los hospitales de destino y el equipo médico, el viaje, la transmisión de historias clínicas. Existen incluso ferias temáticas para promocionar estos viajes (Amez y Ayala, 2017, p.203).

Puntualmente, la gestación subrogada transfronteriza ha crecido de manera exponencial en la última década (Bromfield y Rotabi, 2014; Krause, 2018), y la falta de regulaciones o pautas internacionales ha generado comercialización y explotación de mujeres. Siendo las mujeres en situaciones más vulnerables, de países con mayor índice de pobreza y donde existe mayor desigualdad de género, raza y etnia; dónde más se extiende esta práctica (Bromfield y Rotabi; Casciano, 2017; Torres et al., 2019).

La politóloga británica Carole Pateman (1988) considera que las implicaciones políticas del contrato de subrogación se relacionan con otra forma de contrato sexual, como una nueva forma de acceso y uso del cuerpo de las mujeres. Dentro del marco legal, este tipo de contrato es válido en algunos países, porque no plantea la venta de un bebé, sino que, al igual que las prostitutas, se considera la venta de un servicio. Es decir, el pago que se recibe es para hacer uso del útero de la mujer y no por el bebé.

A su vez, los acuerdos transnacionales de gestación subrogada, colocan a los niños en situaciones de vulnerabilidad en la medida en que sus padres previstos no se les reconoce como padres legales y se les niega la nacionalidad, generando situaciones de apátrida y vulneración de sus derechos (Kindregan y White, 2013; Marinelli, 2020).

En el 2014, la denuncia pública de una mujer tailandesa por el abandono deliberado de un bebé por nacer con síndrome de Down por sus padres intencionales australianos, (BBC Mundo, 2014) conduce al cuestionamiento del estado de fragilidad de los niños nacidos a través de gestación subrogada. Como consecuencia, un año después del hecho, Tailandia limita el acceso de la gestación subrogada a sus ciudadanos (Dickenson, 2016). Las nuevas restricciones no lograron erradicar las clínicas clandestinas, por el contrario, se reubicaron

en Camboya. Pese a la prohibición en el 2016, los acuerdos transfronterizos continuaron, y en el 2018 un grupo de mujeres fueron detenidas por subrogación comercial transnacional y puestas en libertad condicional bajo la condición de quedarse con los bebés que estaban gestando; en caso de negarse, serían condenadas con hasta 20 años de prisión por tráfico de menores. En cuanto a los padres solicitantes, no poseen un marco legal que les permita llevarse a los niños (Almoguera, 2019).

Los casos mencionados demuestran que, a pesar de las regulaciones, existen puntos ciegos que hacen difícil erradicar dicha práctica o evitar que los cuerpos de mujeres y los niños sean tratados como mercancía, puesta en el mercado para el consumo. En ese sentido, pese a los constantes cuestionamientos de la gestación subrogada (Casciano, 2017; Bailey, 2011; Guerra, 2017; Guzmán, 2017; Pateman, 1988), varios autores coinciden en que su restricción no es la opción más adecuada, ni tampoco la más efectiva, debido a que su absoluta prohibición puede generar mayores injusticias y mercados ilícitos más grandes. No es a través de la prohibición o restricción que se evitará la explotación de mujeres en situaciones desfavorables. Para prevenir el abuso son necesarias acciones más críticas, en todo caso, se deben buscar soluciones para disminuir la pobreza, y brindar mayores oportunidades para que las mujeres no se vean empujadas hacia la gestación subrogada a cambio de algún beneficio (Bromfield; Rotabi, 2014; Lozano, Díaz, Valdepeñas y González, 2018; Sánchez, 2010; Torres et al., 2019).

Aspectos psicológicos de la GS

La gestación subrogada, como se desarrolla a lo largo del documento, involucra a varios sujetos y problemas a nivel ético, legal, social e incluso psicológico. A consecuencia de ello, surgen las preguntas sobre la motivación de las mujeres para brindar la gestación para otras personas, cómo se ve afectada por el proceso, que implica la entrega del recién nacido posterior al parto, entre otras. Los cuestionamientos encuentran una respuesta limitada, debido a que la literatura aún es escasa y en su mayoría proviene de países europeos (Carone et al., 2018; Imrie y Jadva, 2014; Jadva, Gamble, Prosser e Imrie, 2019; Jadva, Imrie y Golombok, 2015). Adicionalmente, las realidades que obedecen las prácticas son diversas y no deben quedar reducidas a las del viejo continente. Queda mucho aún por descubrir, y estas primeras investigaciones son el puntapié inicial.

Las novedades presentadas por la subrogación, son una invitación para los profesionales de la psicología a re-pensar y producir una nueva forma de concebir la estructura familiar, a los sujetos, a los vínculos y a la maternidad en sí misma. Se puede especular sobre los posibles problemas psicológicos que puede acarrear este tipo particular de reproducción, pero jamás dudar si es necesario o no un apoyo desde la psicología cómo se podrá constatar a lo largo del siguiente apartado.

Aspectos psicológicos investigados sobre las mujeres gestantes

Las investigaciones sobre los aspectos psicológicos de la mujer gestante se han centrado, sobre todo, en identificar las motivaciones que la impulsan a prestar su vientre para gestar el hijo de otros (Jadva et al., 2015). Pese a la creencia de que el motivo primordial sería la ganancia económica (Krause, 2018; Gómez, 1993), las investigaciones en países desarrollados han encontrado que muy pocas mujeres son motivadas por el dinero, de hecho, esta parece ser la razón de menor importancia (Imrie y Jadva, 2014; Jadva, Murray, Lycett, MacCallum y Golombok, 2003; Ruiz y Moya, 2016; van den Akker, 2007), especialmente a medida que conocen a los padres intencionales (Hanafin, 1987; Imrie y Jadva, 2014). Los estudios han coincidido en que la motivación principal que las guió a convertirse en gestante, fue el querer brindar ayuda a una pareja a tener hijos (Hanafin, 1987; Imrie y Jadva, 2014; Jadva et al., 2003; van den Akker, 2007). Muchas mujeres fueron influenciadas por haber experimentado el dolor de amigos o familiares por no poder tener hijos propios, y consideraron a esta una forma de ayudar. El reconocimiento por el dolor de otras mujeres que desean ser madres y no pueden, cuando ellas lo habían logrado con relativa facilidad, junto con la valoración por sus propios hijos, también contribuyeron a su decisión (Imrie y Jadva, 2014). Incluso, algunas expresaron sus ganas de vivir nuevamente el embarazo y el parto, ya que anteriormente lo habían disfrutado (Hanafin, 1987; Imrie y Jadva, 2014; Jadva et al., 2003; van den Akker, 2007) y estar embarazada les daba la oportunidad para sentirse especiales nuevamente (Hanafin, 1987). El altruismo se mantiene

aún en las mujeres que vuelven actuar como gestante, cuya principal motivación es ayudar a una familia a tener un hermano para un hijo ya concebido (Imrie y Jadva, 2014).

El altruismo como motivación primordial se ha descubierto tanto en estudios en el Reino Unido, donde solo se permite la gestación subrogada altruista, como en los Estados Unidos donde se practica esta modalidad y también la comercial (Jadva et al., 2015; Ruiz y Moya, 2016). Por otro lado, Hanafin (1987), en su estudio, además de encontrar el acto desinteresado de las gestantes, halló que las mujeres que habían interrumpido de manera voluntaria su embarazo en el pasado, creían que ser gestante, y dar un hijo para otra persona, podría ayudarlas resolver los sentimientos sobre la interrupción de su embarazo. El hallazgo resulta relevante sobre todo para los profesionales de salud mental y los interpela a considerar la importancia del acompañamiento, tanto al inicio, como al final del proceso.

En cuanto al embarazo y el parto, se entienden estos como eventos significativos en la vida de una mujer, son sucesos trascendentes para ella y su familia, y representa un periodo de vulnerabilidad sumamente intensa (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

La gestación supone una relación de simbiosis entre la embarazada y el bebé, donde se desarrollan cambios a fisiólogos y psicólogos (de la Barreda, 2017).

Con el embarazo el cerebro de la mujer cambia, estructural y funcionalmente, al responder a las consignas básicas que recibe del feto. Este vínculo se refuerza con el parto y la lactancia porque el contacto cuerpo a cuerpo potencian los circuitos neuronales más fuertes de la naturaleza (López, 2009, p.307).

El parto, no está exento a riesgos físicos y psicológicos, pero estos últimos se suelen dejar de lado (OMS, 2009; Gómez, 1993). Son múltiples factores que pueden influir en el estado psicológico de las mujeres antes, durante y después del embarazo. Asimismo, su estado influye en la capacidad de cuidarse a sí mismas y al bebé (OPS, 2019). Una de las principales preocupaciones sobre la gestación subrogada es que la gestante está más expuesta en estos arreglos, porque son las que padecen todas las consecuencias de llevar un embarazo.

Generalmente las mujeres expresan que están satisfechas con su experiencia en la subrogación y la consideraron enriquecedora (Ciccarelli y Beckman, 2005; Hanafin, 1987; Jadva et al., 2003; van den Akker, 2007). También se documentaron sentimientos de resolución, aumento de confianza y un mayor aprecio hacia su familia (Hanafin, 1987; Jadva et al., 2015).

Jadva et al. (2003) encontraron que algunas mujeres presentaron dificultades emocionales menores en las semanas posteriores al parto, pero no estudiaron en profundidad a que se debían, ni cuáles eran las dificultades presentadas. Sin embargo, estas disminuyeron con el

tiempo, y al año del nacimiento, la mayoría de las gestantes no experimentaron problemas psicológicos.

Contrario a lo que se esperaba, tampoco se encontraron problemas psicológicos en las gestantes en las décadas siguientes al nacimiento del niño (Jadva et al., 2015). Se debe tener en consideración las experiencias previas y posteriores al parto, la relación con la pareja intencional, y si se cumplen o no, las expectativas sobre la subrogación, pues son influencias importantes en el nivel de satisfacción de las gestantes (Ciccarelli y Beckman, 2005).

Por otro lado, según estudios realizados, las propias gestantes expresan que para someterse a un procedimiento como la subrogación, se necesita un tipo especial de personas, y además consideran que ellas saben si pueden o no ser parte de una gestación tradicional. Sin embargo, otros estudios muestran que algunas gestantes jóvenes, pueden no comprender totalmente las consecuencias del procedimiento, y lamentan su decisión al momento de la renuncia o incluso más tarde en la vida, cuando es demasiado tarde para hacer algo al respecto (van den Akker, 2007).

Pizitz, McCullaugh y Rabin (2013) examinaron el funcionamiento psicológico de las mujeres que se candidatean a ser gestantes, y encontraron que son suficientemente resistentes como para manejar la subrogación, así como también para establecer límites emocionales relacionados con el apego hacia el niño.

Se ha reconocido que las mujeres desarrollan diversos grados de apego al feto durante el embarazo y esto es transferido al niño luego de nacido. Pero, según las investigaciones realizadas, se ha demostrado que las gestantes están menos apegadas al feto y menos apegadas al bebé luego del parto (van den Akker, 2007). Según la evidencia, solo un pequeño grupo de mujeres ha tenido problemas para entregar al niño, pero no está claro si la angustia por entregar al niño se debió al proceso de subrogación o la causa fue la falta de intervención terapéutica (Blyth, 1994; Ciccarelli y Beckman, 2005). Blyth (1994) observó que las mujeres que entrevistó hablaron del dolor y la angustia por haberse separado de niño. Sin embargo, estas emociones se mezclaron con un sentimiento de felicidad por los padres intencionales y un sentimiento de satisfacción por el papel que habían desempeñado.

El estudio realizado por van den Akker (2007b) reafirma, al igual que otros estudios, que el desprendimiento con el niño se inicia desde temprano y se mantiene durante todo el embarazo. En general, no hay dificultades para entregar al bebé (Hanafin, 1987; Jadva et al., 2003; Söderström, 2016; Yee y Librach, 2019), las gestantes no perciben al niño como suyo, sino que siempre lo consideran el hijo de los padres comitentes (Hanafin, 1987; Ciccarelli y Beckman, 2005; Edelman, 2004; Imrie y Jadva, 2014; Jadva et al., 2003). Las mujeres describen la diferencia entre esta experiencia, con la de sus embarazos, y expresan

que el vínculo que generan con el niño es similar al del hijo de un familiar o un amigo (Hanafin, 1987)

Se suele presuponer que la subrogación tradicional puede tener más probabilidades de fallar, y resultar más problemática psicológicamente para la gestante por la relación genética con el niño (Jadva et al., 2015). Al ser invadida por un sentimiento de culpa al entregar al bebé debido al vínculo biológico y el estrechado durante el tiempo de gestación (Gómez, 1993). Empero, las investigaciones parecen no respaldar dicha hipótesis, los estudios realizados meses después e incluso años después del parto, muestran que el vínculo genético, por sí solo, no tiene un efecto en el estado psicológico de la gestante, ni en el grado de satisfacción generado por la experiencia, y tampoco generan un vínculo mucho mayor con el bebé que la gestación subrogada gestacional (Jadva et al., 2003; Imrie y Jadva, 2014; Jadva et al., 2015).

Frente a la inquietud de que las relaciones entre padres intencionales y las gestantes podría resultar en un recordatorio del abandono de su “hijo” (Blyth, 1994), los estudios muestran que las gestantes no experimentaron problemas al tener contacto con el niño, incluso se encontró que algunas lo disfrutaban y quieren continuar en contacto (Imrie y Jadva, 2014; Jadva et al., 2015; Jadva et al., 2003). También se encontró, que aquellas gestantes que no tenían relación con los padres intencionales ni con el niño, estaban dispuestas a conocerlo, si él quisiera hacerlo (Jadva et al., 2015). Los investigadores también han demostrado que las agencias de fertilidad tienen un rol importante de apoyo para que la gestante pueda entregar al niño (van den Akker, 2007).

Aspectos psicológicos investigados sobre los padres intencionales

Bromfield y Rotabi (2014) advierten cómo asiduamente se coloca a la gestante como única a protegerse en los arreglos de subrogación —si bien es cierto que tanto ella como el bebé que espera son los más vulnerables en los acuerdos de subrogación—, cuestionan cómo los padres intencionales suelen ser apartados de las discusiones académicas y políticas, a pesar de mostrar una vulnerabilidad financiera, en tanto pueden ser objeto de extorsiones y/o explotación por parte de intermediarios; así como también de vulnerabilidad emocional.

Se debe considerar que las mujeres que recurren a la gestación subrogada como medio para la construcción de su familia, lo hacen principalmente por la ausencia congénita o adquirida de un útero funcional, pueden haber padecido cáncer de útero, una histerectomía, reiterados abortos involuntarios, o también padecer cualquier condición o enfermedad que le impida gestar o que pueda poner en peligro tanto su vida como la de su bebé en caso de embarazo (Bromfield y Rotabi, 2014; Goli, Farajzadegan, Heidari y Kohan, 2019; Norton, Hudson y Culley, 2013; Söderström et al., 2016).

Según estudios, el diagnóstico de infertilidad atañe consecuencias psicológicas tanto en

hombres como en mujeres, pero son estas últimas las que presentan mayores niveles de ansiedad, angustia y depresión. Las mujeres ante una evaluación de infertilidad, suelen reaccionar con culpa por la suposición de que un acto cometido por ella (el uso de anticonceptivos, priorización de su profesión) es la causa de su incapacidad para gestar; también pueden presentar la creencia irracional de que la infertilidad es un castigo por un hecho del pasado. El dolor por las pérdidas de experiencias imaginarias como el embarazo, el parto, la lactancia, la perpetuidad de la descendencia; también son reacciones comunes (OMS, 2009). Los sentimientos de daño narcisista, decepción e incluso sentimientos de traición por parte del propio cuerpo están igualmente presentes (Siegel, 2019).

La subrogación es considerada como el último recurso para las mujeres que no pueden gestar por ningún otro método (Goli et al., 2019; MacCallum, Lycett, Murray, Jadva y Golombok, 2003; Söderström et al., 2016; van den Akker, 2000), la opción de recurrir a una tercera persona ajena a la pareja es tomada luego de un número considerable de tratamientos sin éxito (Bernstein, 2013; Bromfield y Rotabi, 2014; MacCallum et al., 2003; van den Akker, 2000). Con los tratamientos infructuosos, vuelve la angustia a sus niveles más altos y el optimismo comienza a desvanecerse, y cuando los costos de los procedimientos de infertilidad recaen en los individuos, se agrega una nueva carga emocional. La evidencia indica que después largos períodos de infertilidad, las personas comienzan a tomar medidas y decisiones arriesgadas subestimando los riesgos que estos pueden ocasionar (OMS, 2009).

Para Alkolombre (2019) estas búsquedas incansables del hijo a costa de la propia autodestrucción, se recrea un vínculo narcisista-pasional, que se puede entender como “un hijo a cualquier precio”.

Son mujeres que hacen un tratamiento atrás de otro, están presentes movimientos sacrificiales y tanáticos asociados con recorridos médico-tecnológicos. En este movimiento buscan recrear un estado de fusión con el objeto originario fallido en la infancia, a través de una maternidad (Alkolombre, 2019, p. 103).

Para la autora, lo que acontece aquí es un pasaje del deseo del hijo hacia “la pasión del hijo”. Según Piera Aulagnier (s.f) cuando se habla del deseo de un hijo, este es visualizado como una persona diferenciada de la madre, el hijo deseado es otro diferente. En cambio, en la pasión del hijo, es visto como un objeto que debe cumplir el mandato de otro, y a partir de él, las personas apasionadas reorganizan su percepción del mundo (citado en Banti, 2017).

Las maternidades a “cualquier precio”, no son exclusivas de las mujeres, cada vez más hombres desean convertirse en padres, pero a pesar de este aparente mayor deseo de

paternidad⁹, es el campo menos explorado en las investigaciones (Alkolombre, 2019; Norton et al., 2013).

Aunque las parejas del mismo sexo y los hombres que desean formar una familia en solitario no transiten por el doloroso camino de la infertilidad para alcanzar la paternidad, sus travesías tampoco son sencillas.

Para los padres solteros por elección, la determinación de concebir en solitario es una decisión compleja y cuidadosamente considerada. Según la investigación de Carone, Baiocco y Lingiardí (2017) la decisión es tomada luego de contar con los recursos económicos suficientes y el apoyo de sus vínculos cercanos. Previo a recurrir a la gestación subrogada, los futuros padres deben trabajar con las preocupaciones en torno a la crianza de hijo venidero, como la inquietud sobre posibles burlas que podría recibir su hijo por crecer en una familia monoparental y las reacciones negativas que podría tener este al crecer sin una madre. Los hombres homosexuales, por su parte, deben trabajar su homofobia internalizada de que a los hombres no se les permite ser padres.

Además, cuando deciden convertirse en padres deben enfrentarse a un entorno discriminatorio tanto en el ámbito legal, político, social y cultural. Pueden ser marginados al no ajustarse a las normativas de la paternidad (Norton et al., 2013) y al igual que los hombres solteros por elección, deben enfrentar las reacciones de su familia y de los niños por no tener madre (Cardone et al., 2017).

Una vez decididos a iniciar la gestación subrogada, las parejas de hombres se enfrentan con la importante decisión sobre qué padre tendrá la conexión genérica con el bebé. Para los casos en que el deseo paternal sea significativo por igual, suelen optar por mezclar sus espermatozoides y así, la relación genética con la criatura estará determinada por el azar. Otros pueden optar por la paternidad genética por turnos, y en otros casos, la edad o heredabilidad en las condiciones de salud son decisivas (Blake et al., 2017).

Los padres intencionales eligen la gestación subrogada como camino hacia la paternidad por encima de otros medios. Principalmente, porque permite tener un vínculo genético con su futuro hijo, además de permitir una relación con él desde la concepción, hasta su nacimiento (Ruiz y Moya, 2016). En el caso de las parejas masculinas del mismo sexo y de los hombres solos independientemente de su orientación sexual, su elección se basa,

⁹ El énfasis puesto aquí a las parejas del mismo sexo masculinas y a las familias monoparentales masculinas, se debe a que las parejas de mujeres y las mujeres solas (que pueden llevar un embarazo saludablemente), suelen optar por la inseminación artificial como medio para alcanzar el camino a la maternidad (Norton, Hudson y Culley, 2013).

además, por las dificultades que presenta la adopción en muchos países (Blake et al., 2017; Carone et al., 2017).

A los factores de estrés previos a la decisión de recurrir a una gestante, se les suman otros factores estresantes a los padres intencionales. Como la búsqueda de la gestante y la compatibilidad con ella. Estas son unas de las principales preocupaciones de todos los comitentes (Ruiz y Moya, 2016). Una vez embarcados en el proceso, la falta de acuerdos entre ellos y la gestante, el arrepentimiento en etapas avanzadas o claves del proceso (transferencias de embriones o durante el embarazo), pueden tener un fuerte impacto en ellos (Edelmann, 2004), sumado a actitudes negativas de su familia y de la sociedad hacia la gestación subrogada (Golombok, Murray, Jadva, MacCallum y Lycett, 2004). Otras preocupaciones que pueden tener los futuros padres, y afectar su bienestar, son las posibilidades de que la gestante sea explotada, que la misma sea medicalizada durante el embarazo, miedo a que la gestante no entregue el niño o el bienestar del bebé durante el embarazo (Ruiz y Moya, 2016).

Se creyó que la incertidumbre sobre la entrega del bebé por parte de la gestante y la necesidad del mantenimiento de una buena relación con ella, podrían ser productores de ansiedad en los padres comitentes, y esto a su vez, impactar negativamente en el bienestar psicológico de los padres, y hasta en la crianza del niño. Pero a pesar de las preocupaciones, los padres intencionales, un año después de los nacimientos del niño, mostraron tener un mayor bienestar psicológico y adaptación a la paternidad que los padres que habían tenido hijos a través de donación de óvulos o por concepción natural. La investigación demostró, además, que presentaban niveles más bajos de estrés asociados a la crianza y sintomatología de depresión. La relación padres-hijos mostró ser más positiva y de mayor calidez; exhibiendo un mayor disfrute de la paternidad, así como también estar más satisfechos con el papel de padres (Golombok et al., 2004). Luego de dos años, los resultados fueron similares, mostrando niveles más altos de alegría, placer, y niveles más bajos de ira (Golombok, MacCallum, Murray, Lycett y Jadva, 2006). Se esperaba que los padres intencionales mostraran resultados más bajos que los grupos comparados por la falta del vínculo genético y gestacional con el niño. Las autoras explican las diferencias de los resultados argumentando que, probablemente, el motivo sea que las parejas que eligen la subrogación transcurren por un camino más difícil —ejemplo: reiterados intentos de procedimientos, algunos de ellos incluso riesgosos— que las parejas que pueden concebir sin ningún tipo de ayuda, lo cual implicaría un mayor deseo de ser padres y un mayor involucramiento con sus hijos tan buscados (Golombok et al., 2006).

Los hallazgos anteriores coinciden con los encontrados en padres homosexuales que mostraron una mayor satisfacción en la paternidad que los padres heterosexuales. El obstáculo en estos casos no sería la infertilidad, sino, según los investigadores, las

restricciones socio-legales que crearían un desafío en su búsqueda hacia la paternidad. Por tanto, la superación de esta dificultad contribuiría a la sensación de triunfo personal (Shenkman, Siboni, Tasker y Costa, 2020).

Aspectos psicológicos investigados sobre la relación entre la gestante y los padres comitentes

Los acuerdos de subrogación pueden ser entre desconocidos, personas cercanas, amigos o familiares dependiendo de las normativas en la que se enmarque el proceso.

La mayoría de los arreglos de reproducción subrogada involucran a individuos desconocidos entre sí (Edelmann, 2004). La relación generada entre los padres intencionales y la gestante es un factor crucial para el éxito del acuerdo (Imrie y Jadva, 2014; Ruiz y Moya, 2016), la buena y sincera comunicación entre ellos aumenta la probabilidad de una experiencia positiva (Ruiz y Moya, 2016). Sobre todo, en los casos en que las gestaciones subrogadas son llevadas a cabo en el exterior. Las relaciones positivas ayudan a que los padres intencionales puedan sobrellevar las distancias y a sentirse emocionalmente conectados con su hijo durante su desarrollo embrional (Carone et al., 2018; Jadva et al., 2019). De hecho, el contacto con los futuros padres y el tipo de relación con ellos, es uno de los factores predictivos más importantes del bienestar de ambos (Imrie y Jadva, 2014; Ruiz y Moya, 2016). Sin embargo, la continuación del contacto entre ellos, luego de nacido el niño, dependerá, si los padres intencionales tienen la intención de contarle al niño sobre el acuerdo (MacCallum et al., 2003).

Varios estudios han mostrado que entre la gestante y los padres comitentes se forma una buena relación (Blake et al., 2016; Carone et al., 2018; Edelmann, 2004; Hanafin, 1987; Imrie y Jadva, 2014; Jadva et al., 2019; Jadva et al., 2015; MacCallum et al., 2003), que puede perdurar en el tiempo si así lo desean todas las partes (Imrie y Jadva, 2014; Jadva, Blake, Casey y Golombok, 2012; Jadva et al., 2015), incluso en los acuerdos de gestación subrogada transnacionales (Carone et al., 2018; Jadva et al., 2019). Los padres comitentes y las gestantes del estudio llevado a cabo por Hanafin (1987), explícitamente expresaron que conocerse era beneficioso para su experiencia. Ambos coincidieron que la calidez de su relación fue útil para que la experiencia fuera significativa y que el hecho de conocerse beneficia a los niños involucrados. Aunque algunos padres intencionales y/o gestantes no quieran mantener una relación luego del nacimiento del niño, en general, los involucrados prefieren estar en contacto, ya sea de forma directa o incluso, intercambiando fotografías, cartas y llamadas (Edelmann, 2004; Hanafin, 1987).

Se ha considerado que las relaciones entre las gestantes y la madre intencional, pueden generar, en esta última, depresión y baja autoestima, al estar en relación con la gestante (Golombok et al., 2003), no obstante, se ha encontrado que las madres intencionales están

más involucradas que los padres durante el transcurso del embarazo (Ciccarelli y Beckman, 2005; MacCallum, 2003). Ellas visitan con más frecuencia a las gestantes, concurren juntas a las citas médicas y estas últimas se muestran felices de que la madre intencional estuviese presente (MacCallum et al., 2003). De esta forma la madre intencional puede sentirse más cercana al bebé, y a la gestante le puede ayudar a separarse de él más fácilmente.

Surgió la preocupación de que, en el caso de las familias de padres homosexuales, el contacto entre la gestante y el hijo podría ocasionar problemas en la familia, porque los niños podrían ver a la gestante, como una madre y sufrir por la falta de contacto o por la limitación del mismo. Sin embargo, la relación entre ellos permitió vincular la revelación a sus hijos sobre sus nacimientos con la posibilidad de que la gestante pudiera contestar cualquier duda o pregunta del niño (Carone et al., 2018).

Por otro lado, además de la importancia dada a las relaciones por parte de la gestante, se debe tomar en cuenta las expectativas de ella sobre las mismas. Berend (2014), realizó una exploración en un sitio web utilizado por las mujeres que gestan para otros para apoyarse entre sí. Allí encontró que la mayoría de las mujeres se sentían decepcionadas cuando los padres no se mantenían en contacto o cuando este disminuía. Según ella, las gestantes creen que la subrogación crea un vínculo especial, que, aunque medie una compensación económica, la amistad de los padres intencionales es la mejor recompensa que le pueden brindar. Los hallazgos anteriores sobre la importancia de la relación para un mejor desarrollo del proceso, sumado a los datos brindados por Berend (2014), sugieren que cualquiera de los apoyos brindados desde la Psicología para un mejor desarrollo del proceso de gestación, debe prestar atención tanto a la construcción de una buena relación entre los involucrados en los procesos, como en las expectativas de las gestantes sobre la posibilidad de una futura relación de amistad.

Aspectos psicológicos indagados en la GS transnacional.

Los estudios anteriores han encontrado que las gestantes no sufren daños psicológicos a largo plazo, pero se debe tener en cuenta que los datos obtenidos pertenecen a países Occidentales.

La experiencia de embarazo en países de bajos ingresos es diferente. En primer lugar, los acuerdos gestacionales son realizados por mujeres de pocos recursos, a cambio de altas sumas de dinero, al menos para ellas. Según la OMS (2017) son las mujeres de bajos ingresos de países en desarrollo las que sufren niveles altos de problemas emocionales, como también niveles más altos de depresión perinatal en comparación con mujeres de mayores ingresos.

Lamba, Jadvá, Kadam y Golombok (2018) realizaron el primer estudio en un país de bajos recursos, específicamente en India. Aquí ocurren determinados factores desventajosos para un buen desarrollo de bienestar psicológico, ejemplo, las gestantes pasan sus embarazos recluidas en una casa lejos de su familia, para controlar mejor su embarazo, permitiéndose pocas o nulas visitas (Carney, 2010). Como se considera inmoral la práctica de gestación subrogada, esta es mantenida en secreto, debido a que pueden ser rechazadas por miembros de la familia o por la comunidad en general (Lamba et al., 2018). A su vez, se ha encontrado que, sin importar su condición, las gestantes son forzadas a parir a través de cesárea por decisión unilateral tomada por las clínicas, sin importar sus preferencias o sus opiniones (Carney, 2010), hecho que ocurre también en México (Hovav, 2020).

Se ha demostrado que la relación que puedan construir la gestante con los padres comitentes, es un determinante del grado de satisfacción de la gestante, así como para el bienestar psicológico de la misma. En los casos de arreglos de gestación subrogada realizados con personas provenientes de países extranjeros, no llegan a conocerse, la clínica es la única conexión con ambas partes. Las barreras idiomáticas y culturales con los padres previstos no permiten que se forme una relación o que siquiera se conozcan (Lamba et al., 2018). Incluso, este factor afecta a los futuros padres, porque sienten una mayor ansiedad y no pueden generar lazos afectivos con su hijo durante el embarazo (Carone et al., 2018; Jadvá et al., 2019). Además, el apoyo y la orientación prestada durante el proceso de gestación a las gestantes occidentales por parte de las clínicas, es nula en estos servicios (Makinde, Makinde, Olaleye, Brown y Odimegwu, 2016). El estudio demostró que la falta de apoyo durante el embarazo, el secretismo sobre el mismo hacia sus familiares y amigos, y las críticas de familiares o de vecinos por convertirse en gestantes fueron factores de riesgos para la depresión (Lamba et al., 2018).

Aspectos psicológicos indagados en los hijos producto de GS

Las preocupaciones en torno a los niños se relacionan con la incertidumbre legal, social y psicológica, fruto de la separación de sus “madres”, engaños acerca de sus orígenes o sobre el estigma que puede sufrir (Blyth, 1994). A pesar de las preocupaciones, el estudio longitudinal de Golombok a las familias creadas por subrogación, encontraron que los niños nacidos a través de este método presentaban un buen ajuste psicológico y sus resultados no difieren de otros niños (Golombok et al., 2006; Golombok et al., 2004; Jadvá et al., 2012).

La revelación de los padres a sus hijos sobre la naturaleza de su concepción, ha sido de gran interés para las investigaciones, sobre todo en lo relacionado a la donación de gametos, no así en lo relacionado con los niños nacidos a través del proceso de subrogación (van den Akker, 2007). Hasta el momento, los estudios coinciden en que los padres que recurren a la subrogación para construir su familia, independientemente de su

orientación sexual, son más abiertos a contarles a sus hijos sobre sus orígenes que los padres que utilizan la donación de gametos (Blake et al., 2016; Carone et al., 2018; Eldermann, 2004; Jadva et al., 2012; van den Akker, 2007). Pero se ha encontrado que existen dificultades sobre cuándo deberían hacerlo (van den Akker, 2007). Problemática no menor, ya que los hijos de padres homosexuales muestran una comprensión clara sobre su concepción a través de la subrogación a una edad más temprana (Carone et al., 2018) que los hijos de padres heterosexuales nacido de la misma forma (Jadva et al., 2012). Encontrando que la edad de divulgación es relevante para las percepciones de los niños, una exposición temprana permitirá más tiempo para integrar la información (Carone et al., 2018). También se ha informado de que la subrogación resulta ser más sencilla de entender para los niños que la donación de óvulos o esperma (Carone et al., 2018; Jadva et al., 2012).

Las preocupaciones sobre cómo podría impactar el conocimiento del origen en los niños (Golombok et al., 2006), parece ser en vano, ya que los datos muestran que se sienten indiferentes o positivos (Jadva et al., 2012) y que su interés en el tema es limitado (Carone et al., 2018). Algunos incluso manifestaron estar agradecidos con la mujer que los gestó por ayudar a sus padres a crear su familia, y algunos se refieren a ella como "tía" (Carone et al., 2018). Por otro lado, un tema que merece atención, es el hecho que la divulgación sobre la concepción muchas veces resulta ser parcial, ya que se ha encontrado que los padres intencionales deliberadamente suelen ocultar, o les resulta más difícil, hablar con sus hijos sobre la inexistente relación genética con algunos de los padres y/o develar que existe vínculo genético con la gestante (Blake et al., 2016; Carone et al., 2018; Jadva et al., 2014).

Empero podría ser razonable pensar que este interés por parte de los niños subrogados podría modificarse en la adolescencia, puesto que en ella, suceden una serie de duelos, como la pérdida de la identidad infantil, la cual produce la búsqueda de la identidad (Aberastury y Knobel, 1984). En esta etapa del desarrollo, la identidad es uno de los conflictos predominantes (Erikson, 2000). Dolto (1992) considera a este periodo de límites difusos y etapa de cambios como un segundo nacimiento. También es el momento de mayor comprensión de la biología y la relación genética (Zadeh, Jadva y Golombok, 2018). Se pueden presentar desafíos particulares para aquellos que nacieron a través de la gestación subrogada. La preocupación existente de que los niños nacidos por donación reproductiva (esperma, óvulo o gestación subrogada) puedan estar angustiados por sus orígenes en la adolescencia resultan infundados (Jadva et al., 2012). Según lo expuesto en el primer estudio realizado en adolescentes sobre sus opiniones acerca de su concepción mediante estos procedimientos de Zadeh et al. (2018), se comprobó que los adolescentes, en su mayoría, tenían sentimientos indiferentes sobre su concepción. Para aquellos que consideraron la gestación subrogada como positiva, la describieron como especial, genial y que los hacía sentirse especiales; los que manifestaron indiferencia, no sentían que les

afectaba en su vida diaria, y no modificó la relación con sus padres, pero si la describieron parcialmente difícil de explicar a sus pares. Quienes se mantenían en contacto con la gestante, calificaron su relación como positiva e incluso algunos se referían a ella como amigas de la familia, tías o madrinas. Muchos, además, mencionaron estar comunicados con los hijos y nietos de la gestante. Los jóvenes que no conocían a la gestante, en su mayoría, querían saber porque había accedido a gestarlos e inclusive algunos tenían preguntas sobre la familia de ella, sobre sus sentimientos acerca de la subrogación, intereses o si le gustaría estar en contacto.

En síntesis, no se encontraron sentimientos de angustia, preocupación ni tampoco se encontraron sentimientos negativos. Pero estos investigadores advierten que se debe diferenciar entre los sentimientos sobre su concepción, y sus sentimientos sobre la gestante.

Aspectos psicológicos indagados sobre los hijos biológicos de la mujer subrogante

Si bien existe una creciente preocupación por el bienestar psicológico de la gestante y de los niños productos de la subrogación, los hijos biológicos de las gestantes no suelen ser considerados en los estudios (Jadva e Imrie, 2014; Riddle, 2017) a pesar de que la hipótesis de que estos niños pueden experimentar ansiedad y angustia por el abandono del niño llevado por su madre (Riddle, 2017) o creer que su madre puede regarlos a ellos (Blyth, 1994).

Según estudios, la percepción de las madres sobre las reacciones de sus hijos han sugerido que estos tienen una reacción al embarazo positiva (Riddle, 2017). Hasta el momento solo dos estudios han investigado los sentimientos de los hijos de las gestantes con relación a la subrogación, y estos han dado resultados contrarios. El primero fue realizado en Reino Unido por Javda e Imrie (2014), en el cual participaron jóvenes de 12 a 25 años. Los datos recabados no mostraron una salud psicológica negativa en los hijos de las gestantes, y la percepción de la gestación fue positiva, primando los sentimientos de orgullo hacia su madre por ayudar a alguien de esta manera. Tampoco se encontraron dificultades por la entrega del bebé a los padres intencionales, a excepción de uno. Aquellos que tenían contacto con los padres intencionales y el niño que su madre dio a luz, hallaron la experiencia positiva por la valoración percibida ante la relación forjada entre los padres comitentes, los hijos subrogados y ellos. De hecho, se encontraron que algunos se referían al niño como su medio hermano, independientemente de la existencia o no de una relación genética, reflejando la cercanía de la relación.

En contraste, el estudio realizado en Estados Unidos a hijos de gestantes de entre 7 a 17 años mostraron emociones negativas al embarazo de sus madres. Curiosamente la mayoría de las madres expresaron que sus hijos habían tenido una respuesta positiva a sus

embarazos. La investigación no puso énfasis a esta diferencia perceptiva, pero se debe considerar estudiar el por qué no conciben las respuestas, si es porque los hijos se mostraron positivos ante ellas, o si ellas no fueron capaces de percibir el malestar en ellos (Riddle, 2017).

Riddle (2017) teorizó que las diferencias dadas entre los hijos de las gestantes de Reino Unido y los hijos de las gestantes de EE. UU, puede deberse a la edad de los participantes y la edad que tenían en el momento en que sus madres actuaron como gestantes. Así como también las discrepancias culturales, ya que, en el primer caso, dadas las condiciones en que se producen los acuerdos en el Reino Unido, se pueden crear relaciones de cercanía entre las familias durante el embarazo (van den Akker, 2007), en cambio, en EE. UU. pueden no llegar a conocer a los futuros padres antes de los acuerdos, o pueden vivir a largas distancias el uno del otro. Por eso Riddel (2017) considera que la relación continua entre los hijos de la gestante y los hijos producto de ella, y la manera en que la gestante vivencia la subrogación, deben estudiarse como factor importante a considerar. Por su parte, Jadva e Imrie (2014) hipotetizan que la forma en que la madre expresa y comprende su rol como gestante, y la manera en que lo comunique a sus hijos, tendrá impacto en la percepción de su hijo.

Aspectos psicológicos investigados en la subrogación intrafamiliar.

La reproducción entre familiares es de los métodos más cuestionados y de la que menos información existe. Los datos sobre su frecuencia, antecedentes e implicaciones son prácticamente nulos. Empero, la poca evidencia sugiere que es relativamente extraña (Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología, 2011). Los acuerdos de subrogación intrafamiliar son los menos comunes del conjunto, el primer caso reportado ocurrió en el año 1987 en Sudáfrica, cuando Pat Anthony brindó su útero para gestar a sus nietos (Lamm, 2012). A este hecho le sucedieron otras abuelas gestando a sus nietos (BBC News Mundo, 2019; El País, 2019) y hermanas, gestando a sus sobrinos (Fava, 2017; Fernández, 2020). Algunos de los participantes de los estudios expuestos a lo largo del trabajo eran familiares de los padres intencionales, sin embargo, no se les dio un tratamiento especial a los datos brindados por ellos, ni se les realizó un estudio aparte (Golombok et al., 2004; Jadva et al., 2012; Jadva et al., 2003, MacCallum et al., 2003). La poca información sobre las actitudes, motivaciones y experiencias de los involucrados en el procedimiento, o del impacto que puede tener en el niño al ser gestado por un familiar (ASRM, 2012), se contrasta con la enorme preocupación e inquietud que existe sobre el tema (ASRM, 2012; ESHRE, 2011).

Una de las principales preocupaciones es acerca de la presión que puede ejercerse sobre la gestante, la cual puede ser víctima de manipulación para dar su consentimiento (ASRM, 2012; ESHRE, 2011). Las madres pueden experimentar sentimientos de culpa o

responsabilidad por los problemas de infertilidad de sus hijas y primar un deseo de reparación que las motive a ser gestantes (ESHRE, 2011). Una mujer puede verse obligada, por depender financieramente o emocionalmente, de un familiar. También hay allegados que ejercen una gran influencia sobre otros y los convence de que lo mejor que puede hacer es someterse al procedimiento. Puede esperarse un reconocimiento especial por parte de la familia por su esfuerzo, y encontrarse con sentimientos negativos. Si el procedimiento no tiene éxito, los padres intencionales pueden dirigir sus frustraciones hacia la gestante, o, por el contrario, ella misma puede ser quien se culpe o sentir que otros la están culpando por el fallo. La gestante también puede tener dificultades para separarse del niño por el lazo que mantiene con él (ASRM, 2012). Probablemente la preocupación primordial es el eventual impacto en los niños. Las confusiones en roles y en las relaciones, pueden tener consecuencias adversas tanto en el niño, como en los otros involucrados. Los padres comitentes pueden sentirse amenazados en su rol parental o la proximidad de las relaciones puede generar conflictos familiares. La falta de consenso sobre la divulgación de los orígenes del niño es otro asunto que puede generar conflicto (ESHRE, 2011).

En Uruguay, Lilián Abracinkas, directora de la Organización Mujer y Salud, mostró similares preocupaciones al clasificar como “disparate” el vínculo exigido por la ley para gestar, por entender que, aunque se trate de evitar la comercialización, dentro de las familias, también existen intereses económicos, por la identidad y conflictos del futuro niño (Zignago, 2020). Por otro lado, si bien el requerimiento para una gestación subrogada necesita de una valoración psicológica de las personas involucradas, la Comisión Honoraria de Reproducción Asistida previamente descrita, no tiene integrado ni un solo representante proveniente del ámbito de la Psicología. Desestimando la importancia de la atención por parte de los profesionales de la salud mental en los procedimientos de gestación subrogada, que, como se ha podido apreciar anteriormente, su asesoramiento cumple un rol esencial en el acompañamiento de los implicados, resultando beneficioso para las partes involucradas y permitiendo un mejor desarrollo.

Conclusiones

El desarrollo de las nuevas tecnologías reproductivas no solo tuvieron un fuerte impacto en la sexualidad y la reproducción, sino que también en las estructuras familiares, así como en los ámbitos legales, sociales y psicológicos.

La maternidad y la paternidad debió ser re pensada con las TRHA. La familia, como fuera concebida en la modernidad, entró en crisis. Las relaciones familiares determinadas en términos biológicos, que parecían irrefutables, ya no lo fueron más. Lo cual conllevó a cambios en el pensamiento individual y colectivo, conduciendo a transformaciones en la esfera jurídica internacional.

Dentro de las TRHA, la gestación subrogada es una práctica compleja, en la que ya no trata solo de solucionar problemas de fertilidad, sino que representa la oportunidad de alcanzar la paternidad para quienes no pueden lograrlo por limitaciones legales y/o anatómicas. En ella, intervienen varios actores, abriendo nuevos cuestionamientos en torno a las funciones maternas. Conduciendo a la pregunta acerca de qué es una madre, resignificando el concepto, así como también los roles trascendentales como padre, hijos, hermanos, nietos, entre otros. La falta de acuerdo sobre cómo nombrar al acto de gestar a un niño para otros, es la punta del iceberg de una práctica controversial y poco estudiada, que muestra desde su nombramiento la discrepancia e incertidumbre que suscita este procedimiento.

Unos de los aspectos, quizás más espinoso en torno a la gestación subrogada, es de si se trata de una nueva modalidad de explotación del cuerpo de la mujer. A nivel de derecho internacional, cada país ha intentado regular esta práctica con el fin de que el útero femenino no se convierta en un bien de mercado. Aquellos que la han prohibido como solución a la comercialización del cuerpo de la mujer para servicio de otros, han sabido proteger a sus ciudadanas para que estas no sean explotadas en pos de la satisfacción del deseo paternal de otros. Pero, en consecuencia, han enviado el problema a otras naciones más vulnerables para que les brinden el servicio que no les otorga su país.

Tanto la prohibición de la gestación subrogada, como la falta de leyes para regular este procedimiento global, es negar la realidad. No es prohibiendo u omitiendo la práctica comercial que se va abolir. Su prohibición, convierte a sus ciudadanos en consumidores de la subrogación en países más desprotegidos, vulnerando aún más a las mujeres. La falta de legislación es ignorar la realidad objetiva voluntariamente. Es un acto diligente contra las mujeres, es violentarlas al ubicarlas en un lugar de desamparo. En la medida en que pueden usar su útero con libertad, pero limitan su sanidad cuando no se les garantiza auxilio, en caso de entrar en situaciones perjudiciales para sí, ni se les otorga defensa, en situaciones de violencia médica. Estos países, y los que consideran a la gestación subrogada como ilegal, son cómplices de un negocio multinacional y multimillonario, de la

explotación y desprotección de las mujeres y niños. El turismo reproductivo es una realidad que se debe tener en cuenta internacionalmente, prohibir o no reglamentar su práctica es estar al servicio de las clínicas de fertilidad, y de los mediadores; que son los verdaderos beneficiarios.

Otro factor importante a nivel internacional sobre el comercio de la gestación subrogada, es el riesgo que existe de dañar a los niños producto de ella. Desde el momento de la concepción, se los debe considerar como sujetos de derecho. Ellos pueden tener destinos inciertos, por la inseguridad que generan los acuerdos, convirtiéndose en objeto comercial en casos de disputas entre las partes o por la falta de protección legal.

Casos como el niño abandonado por sus padres intencionales, o como el de las mujeres gestantes de Camboya, obligadas a criar a los niños productos de acuerdos de gestación comercial transnacional, muestran que la técnica de gestación subrogada aumenta el nivel de vulnerabilidad en que se encuentran, y revelan la necesidad de una injerencia urgente por parte de las naciones.

Por otra parte, tampoco cualquier reglamentación es válida. Aunque en los países que permiten la gestación subrogada comercial existe una regulación, si los individuos involucrados no reciben el apoyo adecuado, la atención de salud integral y garantías de amparo, nada vale su reglamentación. Porque se estaría igualmente en la misma lógica del mercado de los cuerpos, brindando una prestación a cambio de dinero con eventual riesgo de explotación indebida.

Algunos países han optado por una modalidad altruista para evitar la mercantilización de gestación subrogada, pero aún así, ellos deben enfrentar otros desafíos, como debatir acerca de los requisitos que deben tener las mujeres para ser gestantes, así como también los padres intencionales; reglamentar cuantas veces una mujer puede actuar como gestante y quien puede ser gestante, una amiga, una familiar o una desconocida; o que tipo de compensación es adecuada para que se siga enmarcando dentro de un modelo altruista, y cuestionar si realmente esta modalidad evita la explotación.

Si bien es ambicioso plantear una única legislación internacional para mediar entre las partes y crear acuerdos más justos, resulta innegable la necesidad de que, aunque sea individualmente, cada país pueda generar políticas que den garantías de protección para sus ciudadanos y a los extranjeros. Estas garantías de protección deben ser, además de materia legal, en cuestiones de salud. Es necesario instaurar una legislación eficaz y marcos legales sólidos para todos los tipos de gestación subrogada, tomando en cuenta las problemáticas que acarrea esta práctica, las realidades sociales y culturales de cada región; así como integridad física, emocional y psicológica de cada implicado en el proceso. Por ello, es importante saber el impacto de la gestación subrogada en los participantes, para

que estos estén informados de los riesgos del proceso, sus derechos, obligaciones, siendo también relevante para los profesionales de la salud, que deben evaluar estos arreglos y ser los acompañantes en todo el trayecto.

Ciertamente, la gestación subrogada desafía las estructuras teóricas de la psicología, y hasta el momento, existe una notable falta de literatura sobre ella. En el último tiempo las investigaciones han ido en aumento, pero aún son escasas, y en su mayoría, provienen de países europeos, lo cual dificulta las generalizaciones. Sin embargo, estas significan el comienzo necesario para la creación de estrategias de prevención de riesgos potenciales, promoción del bienestar de los involucrados y una guía de actuación para los profesionales implicados.

Actualmente, los pocos estudios realizados sugieren que la gestación subrogada parece no tener un impacto negativo en los partícipes. Algunas de las objeciones para no permitir la gestación subrogada son los posibles riesgos para las gestantes. No obstante, los datos presentados mostraron que las mujeres que se prestan para el proceso, no parecen tener consecuencias negativas en su vida, siempre y cuando se le haya brindado el acompañamiento adecuado desde el inicio del procedimiento. El desprendimiento del bebé no presenta dificultades, ni siquiera si este está vinculado genéticamente con ella. En virtud de ello, se señala la importancia del apoyo, desde el instante que deciden ser gestantes, hasta el momento de finalizar el embarazo.

Por su parte, las personas que optan por la subrogación como medio para formar su familia recorren un camino difícil, si bien, los obstáculos que se les presentan parecen tener un efecto positivo, pues los estudios muestran que las relaciones generadas con sus hijos son positivas, presentan niveles bajos de estrés, mayor bienestar psicológico y adaptación a la paternidad. Los padres intencionales deben ser considerados, por los profesionales de la salud, antes del inicio del tratamiento, del mismo modo que sus preocupaciones generadas durante el proceso.

Por otra parte, las investigaciones muestran que los comitentes no tienen inconvenientes para revelar el origen de la concepción de sus hijos. Pero sí, dificultades sobre cuándo deberían hacerlo y el tipo de información que se les brindará a los niños, por lo cual se debe pensar en una intervención para guiar a los padres sobre este asunto. Sobre todo, teniendo en cuenta que la edad de la divulgación tiene correlación con la comprensión que tienen los niños de su concepción.

Otras de las preocupaciones más notables de la gestación subrogada, son las posibles consecuencias psicológicas de los niños nacidos mediante esta técnica. Sin embargo, las investigaciones encontraron que ellos exhiben un buen ajuste psicológico, los resultados

positivos se mantienen hasta la adolescencia, donde no se encuentran sentimientos negativos ni de angustia por su concepción.

En cuanto a las relaciones entre los padres intencionales y la gestante, los estudios sugieren que la comunicación entre ellos debe ser abierta. La calidad de esta relación parece proporcionar un ambiente positivo, mayor bienestar psicológico y satisfacción del proceso, para todas las partes. El vínculo generado por los comitentes y la gestante, parece ser un punto crítico para sostener y prestar atención psicológica; para reducir los niveles de estrés, los efectos negativos y trabajar las expectativas sobre futuros contacto entre las partes. A su vez, un contacto abierto resulta beneficioso también para los hijos nacidos a través de la gestación subrogada, pues, facilita la divulgación acerca del origen de los niños, y además, porque cuando no tienen vínculo con la gestante, estos, desean comunicarse con ella, para que pueda aclarar sus dudas acerca de su concepción, entre otras. Estas relaciones de cercanía también resultan ventajosas para los hijos de las gestantes, pues parece ser uno de los factores predisponentes para una percepción positiva del embarazo de su madre, seguidos por la vivencia de ella como gestante y por la manera en que se les comunica el embarazo.

A pesar de que se puede apreciar un creciente cuerpo de datos que brindan resultados alentadores de la experiencia de gestación subrogada, todavía hay poca investigación sobre numerosos aspectos de la subrogación, como la relación de la gestante con su pareja y familia antes, durante y luego del proceso de gestación; las reacciones y vivencias de los hijos de estas; investigar aún más a los padres intencionales, a las gestantes y a los niños; y los beneficios de las intervenciones de los profesionales de la salud.

En cuanto a Uruguay, la regulación de la gestación subrogada, si bien debe ser celebrada dada la situación latinoamericana, la ovación no es total, dado que aún quedan asuntos que deben resolverse y re pensarse. En primer lugar, es relevante estudiar los motivos que conducen a que los uruguayos decidan viajar al exterior en busca de un tratamiento que está disponible en su país a un costo mucho menor.

Por otra parte, la tendencia de las mujeres a embarcarse en acuerdos de gestación subrogada por razones altruistas y no comerciales, cuestiona si el vínculo familiar exigido por ley es la única vía para evitar la comercialización. Principalmente, teniendo en cuenta la poca información que existe sobre los acuerdos intrafamiliares y lo conflictiva que esta puede ser como solución, teniendo en consideración los casos en que solo hay una mujer en la familia que puede ser gestante. También resulta discutible, la restricción de la práctica a parejas heterosexuales y mujeres solas, excluyendo de esta manera a parejas masculinas del mismo sexo y a los hombres solteros.

Sumado a que en la Comisión Honoraria de Reproducción Asistida, que tienen como fin valorar que se posean los requisitos necesarios para recurrir a la gestación subrogada, no tiene representantes de la Psicología. La nula asistencia de profesionales de la salud mental desde el comienzo durante y hasta el fin del proceso, es una falta grave, ya que, no basta con legalizar la práctica, y garantizar su acceso, sino se les brinda la atención adecuada a los involucrados desde el comienzo.

La intervención por parte de psicólogos debe brindarse como parte del tratamiento. Estos resultan relevantes para la evaluación de los integrantes del proceso y para informar a las partes de los impactos negativos de la experiencia. Se trata de brindar una atención integral de salud, donde se los informan del impacto físico y psicológico de la intervención y se trabaja en pos de lograr un buen bienestar psicológico.

El apoyo psicológico debe ofrecerse tanto para los destinatarios del procedimientos como para su familia. El asesoramiento, es necesario que sea en grupo antes de iniciar el tratamiento y continuar así, incluso luego del mismo para contribuir en el reforzamiento de las relaciones familiares o con el fin de establecer una buena relación entre las partes, y trabajar las posibles complicaciones que pueda surgir. También se debe brindar atención, por separado, como método para evitar las coacciones por parte de familiares, evaluar intereses comunes y las motivaciones de las partes para recurrir a este tipo particular de reproducción asistida, además, se debe trabajar sobre la divulgación del origen del niño y los roles de cada uno en su desarrollo, para de esta forma evitar posibles confusiones en las relaciones.

En síntesis, el asesoramiento y el apoyo psicológico deben ser ofrecidos a todas las partes, incluidos los hijos y la pareja de la gestante (en caso de que los tenga) en cada una de las etapas, antes, durante y luego del tratamiento. Es más, debería ofrecerse como parte relevante del tratamientos reproductivo. La gestación subrogada afecta a nivel psicológico y emocional, tiene repercusiones en la vida de cada uno de los involucrados en el proceso. Por tanto, es necesario brindar un lugar a las expresiones, deseos y la escucha de todos los involucrados. El desarrollo de intervenciones de profesionales de psicología brinda una atención más holística, que puede conducir a reflexionar a las gestantes acerca de su decisión, y a compartir mejor la misma dentro del sistema familiar. Así como ayudar a los niños producto de la gestación a comprender sus nacimientos, y a los hijos de las gestantes para que puedan sobrellevar mejor la experiencia y evitar emociones negativas; también pueden contribuir a que sea una experiencia más placentera y con menos efectos negativos. Sin dudas, parte del éxito de la gestación subrogada depende de la eficaz intervención psicológica.

Referencias bibliográficas

20 minutos (23 de abril de 2019). El Supremo alemán no reconoce a la madre de un hijo nacido por vientre de alquiler. 20 minutos. Recuperado de: <https://www.20minutos.es/noticia/3621804/0/gestacion-subrogada-alemania/#:~:text=Alemania%20solo%20reconoce%20legalmente%20como,m%C3%A1s%20parejas%20recurren%20a%20ella.>

Aberastury, A., Knobel, M. (1984). En *La Adolescencia Normal*. Buenos Aires: Paidós.

Alemania, Ministerio Federal de Justicia (1976). Ley sobre la mediación de la adopción en la niñez y sobre la prohibición de la colocación de madres subrogadas (Gesetz über die Vermittlung der Annahme als Kind und über das Verbot der Vermittlung von Ersatzmüttern). Gaceta de las Leyes Federales 2 de julio de 1976. Recuperado de: https://www.gesetze-im-internet.de/advermig_1976/BJNR017620976.html

Alemania, Ministerio Federal de Justicia (1990). Ley de protección de embriones (Gesetz zum Schutz von Embryonen). Gaceta de las Leyes Federales 13 de diciembre de 1990. Recuperado de: <https://www.gesetze-im-internet.de/eschg/BJNR027460990.html>

Alkolombre, P. (2019). Deseo de hijo, Parentalidades y Filiación. *Controversias en Psicoanálisis*. Recuperado de: <https://www.controversiasonline.org.ar/wp-content/uploads/2019/05/24-ALKOLO-ES.pdf>

Alkolombre, P., (2002). Parentalidad y Nuevas Técnicas Reproductivas. XXIV Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis - Fepal. Montevideo, Uruguay. Recuperado de http://www.fepal.org/images/congreso2002/adultos/alkolombre_p___parentalidad

Almoguera, P. (13 de julio de 2019). Condenadas a criar al fruto de su vientre (de alquiler). El país. Recuperado de: https://elpais.com/sociedad/2019/07/05/actualidad/1562320572_303776.html

Amador, M. (2010). Biopolíticas y biotecnologías: reflexiones sobre maternidad subrogada en India. *Revista CS*, 193-217.

American Society for Reproductive Medicine (2016), Cuidado reproductivo fronterizo. Recuperado de: https://www.reproductivefacts.org/globalassets/rf/news-and-publications/bookletsfact-sheets/spanish-fact-sheets-and-info-booklets/cuidado_reproductivo_fronterizo_spanish.pdf

American Society for Reproductive Medicine. (2012). Using family members as gamete donors or surrogates. *Fertility and Sterility*, 98(4), 797-803. Recuperado de: [https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(12\)00699-1/pdf#:~:text=There%20are%20no%20specific%20data%20on%20intrafamilial%20surrogacy.&text=Cases%20of%20intrafamilial%20surrogacy%20do,reported%20in%201988%20\(12\).](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(12)00699-1/pdf#:~:text=There%20are%20no%20specific%20data%20on%20intrafamilial%20surrogacy.&text=Cases%20of%20intrafamilial%20surrogacy%20do,reported%20in%201988%20(12).)

- American Society for Reproductive Medicine. (2012). Using family members as gamete donors or surrogates. *Fertility and Sterility*, 98(4), 797-803. Recuperado de: [https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(12\)00699-1/pdf#:~:text=There%20are%20no%20specific%20data%20on%20intrafamilial%20surrogacy.&text=Cases%20of%20intrafamilial%20surrogacy%20do,reported%20in%201988%20\(12\).](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(12)00699-1/pdf#:~:text=There%20are%20no%20specific%20data%20on%20intrafamilial%20surrogacy.&text=Cases%20of%20intrafamilial%20surrogacy%20do,reported%20in%201988%20(12).)
- Amez, J. G., & Ayala, M. M. (2017). Turismo reproductivo y maternidad subrogada. *DS: Derecho y salud*, 27(1), 200-208.
- Arámbula Reyes, A., Richard Muñoz, M. P., & Bustos Cervantes, C. (2008). Maternidad subrogada. México, Servicio de Investigación y Análisis-Cámara de Diputados. Recuperado de: <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spe/SPE-ISS-14-08.pdf>
- Argentina, Poder Legislativo (2013). Ley 26.862 Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida. *Boletín Oficial*: Junio 25 de 2013 Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/216700/norma.htm>
- Argentina, Poder Legislativo (2014). Ley 26.994 Código Civil y Comercial de la Nación. *Diario Oficial* Octubre 7 de 2014. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/norma.htm#51>
- Ayuso, S (5 de diciembre de 2018). Estrasburgo estudiará los derechos de la “madre de intención” en la gestación de alquiler. *El País*. Recuperado de https://elpais.com/sociedad/2018/12/04/actualidad/1543944498_155513.html
- Aznar, J., & Martínez Peris, M. (2019). Gestational Surrogacy: Current View. *The Linacre quarterly*, 86(1), 56–67. <https://doi.org/10.1177/0024363919830840>
- Bailey, A. (2011). Reconceiving surrogacy: Toward a reproductive justice account of Indian surrogacy. *Hypatia*, 26(4), 715-741
- Banti, E. N. (2017). Del “deseo de un hijo” a la “pasión por un hijo”: afectación del derecho a la identidad del niño: crítica desde la bioética personalista ontológicamente fundamentada.
- Basterra, F. (18 de enero de 1987). El dilema de 'Baby M'. *El país*. Recuperado de https://elpais.com/diario/1987/01/19/sociedad/538009202_850215.html
- Bazzano, J., Perna, A., Albornoz, H., & Gambogi, R. (2017). Técnicas de Reproducción Humana Asistida de Alta Complejidad financiadas por el Fondo Nacional de Recursos.
- BBC Mundo (2 de agosto de 2014). Pareja australiana abandona bebé con síndrome de Down de madre subrogada. Recuperado de: https://www.bbc.com/mundo/ultimas_noticias/2014/08/140802_ultnot_australia_bebe_down_wbm

- BBC New Mundo (3 de abril de 2019). Gestación subrogada: la mujer que dio a luz a su propia nieta para ayudar a su hijo gay a ser padre. BBC News Mundo. Recuperado de: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-47799638>
- Beca, J. P., Lecaros, A., González, P., Sanhueza, P., & Mandakovic, B. (2014). Aspectos médicos, éticos y legales de la criopreservación de embriones humanos. *Revista médica de Chile*, 142(7), 903-908. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000700011>
- Beetar Bechara, B. (2019). La maternidad subrogada en Colombia: hacia un marco jurídico integral e incluyente. *Revista Socio-Jurídicos*, 21(2), 135-166. Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/sociojuridicos/a.6869>
- Berend, Z. (2014). The social context for surrogates' motivations and satisfaction. *Reproductive biomedicine online*, 29(4), 399-401. Recuperado de: [https://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483\(14\)00366-6/fulltext](https://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483(14)00366-6/fulltext)
- Berger, J. K. (2010). Cuando los avances científicos y tecnológicos anteceden y rebasan nuestra comprensión y nuestro saber qué y cómo hacer con ellos. *Anales Médicos de la Asociación Médica del Centro Médico ABC*, 55(1), 4-6.
- Bernstein, G. (2013). Unintended consequences: prohibitions on gamete donor anonymity and the fragile practice of surrogacy. *Ind. Health L. Rev.*, 10, 291.
- Biggers, J. D. (2012). IVF and embryo transfer: historical origin and development. *Reproductive biomedicine online*, 25(2), 118-127.
- Blake, L., Carone, N., Raffanella, E., Slutsky, J., Ehrhardt, A. A., & Golombok, S. (2017). Gay fathers' motivations for and feelings about surrogacy as a path to parenthood. *Human Reproduction*, 32(4), 860-867. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex026>
- Blake, L., Carone, N., Slutsky, J., Raffanella, E., Ehrhardt, A. A., & Golombok, S. (2016). Gay father surrogacy families: relationships with surrogates and egg donors and parental disclosure of children's origins. *Fertility and sterility*, 106(6), 1503-1509.
- Blyth, E. (1994). "I wanted to be interesting. i wanted to be able to say 'i've done something interesting with my life'": Interviews with surrogate mothers in britain. *Journal of reproductive and infant psychology*, 12(3), 189-198.
- Bromfield, N.F., Rotabi, K.S. (2014) Global Surrogacy, Exploitation, Human Rights and International Private Law: A Pragmatic Stance and Policy Recommendations. *Glob Soc Welf* 1, 123–135. <https://doi.org/10.1007/s40609-014-0019-4>
- Brown, J. L. (2009). Los derechos (no) reproductivos y sexuales en los bordes entre lo público y lo privado. Algunos nudos del debate en torno a la democratización de la sexualidad. *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana*, (2), 10-28.
- Brusorio-Aillaud, M. (2019). ' La filiation de la mère d'intention en droit positif, ': *Revue générale du droit* on line, número 50347. Recuperado de: www.revuegeneraledudroit.eu/?p=50347

- Canada, Senate and House of Commons, (2004). Reproducción humana asistida (Assisted Human Reproduction) Act. 29 de marzo 2004. Recuperado de: <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/A-13.4/page-1.html>
- Capella, V. B. (2017). Tomarse en serio la maternidad subrogada altruista. Cuadernos de bioética, 28(2), 229-243
- Cardaci, D., & Sánchez Bringas, Á. (2009). " Hasta que lo alcancemos..." Producción académica sobre reproducción asistida en publicaciones mexicanas. Alteridades, 19(38), 21-40.
- Carney, S. (2010). Inside India's Rent-a-Womb Business. Mother Jones. Recuperado de: <https://www.motherjones.com/politics/2010/04/surrogacy-tourism-india-nayna-patel/>
- Carone, N., Baiocco, R., & Lingiardì, V. (2017). Single fathers by choice using surrogacy: why men decide to have a child as a single parent. Human Reproduction, 32(9), 1871-1879. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex245>
- Carone, N., Baiocco, R., Manzi, D., Antonucci, C., Caricato, V., Pagliarulo, E., & Lingiardì, V. (2018). Surrogacy families headed by gay men: relationships with surrogates and egg donors, fathers' decisions over disclosure and children's views on their surrogacy origins. Human Reproduction, 33(2), 248-257. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex362>
- Casciano, A. (2018). La subrogación en la maternidad. Fenomenología de una interacción humana despersonalizadora. Cuadernos de Bioética, 29(95), 39-56.
- Centro de Esterilidad Montevideo (CEMM). (s.f). Recuperado de: <http://www.cem.com.uy/institucional.php>
- Centro Federal de Medicina (2017). RESOLUCIÓN nº 2.168 / 2017 NORMAS ÉTICAS PARA EL USO DE TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA (RESOLUÇÃO nº2.168/2017 NORMAS ÉTICAS PARA A UTILIZAÇÃO DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA). Diario Oficial 10 de noviembre 2017. Recuperado: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2168>
- Chile, Ministerio de Justicia (1997). Ley N° 19.585 del Código Civil. MODIFICA EL CODIGO CIVIL Y OTROS CUERPOS LEGALES EN MATERIA DE FILIACION. Diario Oficial el 26 de octubre de 1998 <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=172986&idParte=8718122>
- Ciccarelli, J. C., & Beckman, L. J. (2005). Navigating rough waters: an overview of psychological aspects of surrogacy. Journal of Social Issues, 61(1), 21-43.
- Cifuentes y Guerra (2019). Gestación por sustitución o maternidad subrogada Chile y la legislación comparada. Recuperado de <https://www.bcn.cl/obtienearchivo?>
- Clarín (10 de noviembre de 2019). Maternidad deseada 3 preguntas sobre el alquiler de vientre. Clarín. Recuperado de: https://www.clarin.com/sociedad/maternidad-subrogada-argentinas-primeras-latinoamerica-forma-concebir-_0_i1NxdIT.html

- Cohen J., Trounson A., Dawson K., Jones H., Hazekamp J., Karl-Gösta N., Lars H., The early days of IVF outside the UK, *Human Reproduction Update*, Volume 11, Issue 5, September/October 2005, Pages 439–460. Recuperado de <https://doi.org/10.1093/humupd/dmi016>
- Comisión Nacional de Bioética en Salud. (2016). Criterio y recomendaciones bioéticas sobre la maternidad subrogada en Ecuador. Recuperado de: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/02/MATERNIDAD-SUBROGADA-CRITERIO-CNBS.pdf>
- Corte Constitucional, Colombia (2009). Sentencia T-968/09 18 de diciembre 2009-[M.P. M. V Calle Correa]. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/T-968-09.html>
- Corte Superior de Justicia de Lima Quito, Juzgado Especializado en lo Consitucional. (2017) Sentencia 06374-2016-0-1801-JR-CI-05 / 144 [HUGO VELASQUEZ ZAVALETA]. Recuperado de: [http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/CenDocBib/con5_uibd.nsf/\\$\\$ViewTemplate%20for%20Documentos?OpenForm&Db=F43530D7](http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/CenDocBib/con5_uibd.nsf/$$ViewTemplate%20for%20Documentos?OpenForm&Db=F43530D7)
- de la Barreda, N. J. (2017). Perspectivas biomédicas de la maternidad subrogada. *Cuadernos de bioética*, 28(2), 153-162. Recuperado de: <http://aebioetica.org/revistas/2017/28/93/153.pdf>
- de Lora, P y Gascón, M. (2008). *Bioética Principios, desafíos, debates*. Alianza. Madrid, País: España.
- Department of Health and Social Care (2018). *The Surrogacy Pathway Surrogacy and the legal process for intended parents and surrogates in England and Wales*. Recuperado de: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/843890/Surrogacy_guidance_for_intended_parents_and_surrogates.pdf
- Dhont Marc (2010) History of oral contraception, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 15:sup2, S12-S18, DOI: 10.3109/13625187.2010.513071
- Diccionario del español Jurídico. Definición de Gestación por sustitución. Recuperado de: <https://dej.rae.es/lema/gestaci%C3%B3n-subrogada>
- Diccionario del español Jurídico. Definición de Gestación subrogada. Recuperado de: <https://dej.rae.es/lema/gestaci%C3%B3n-subrogada>
- Diccionario del español Jurídico. Definición de Vientre de alquiler. Recuperado de: <https://dej.rae.es/lema/ventre-de-alquiler>
- Dickenson. D. (21 de junio de 2016). ¿El fin del alquiler de úteros en el extranjero?. El país. Recuperado de: https://elpais.com/elpais/2016/06/17/planeta_futuro/1466176902_291327.html
- Dirección General de los Registros y del Notariado, España. (2010). Instrucción sobre régimen registral de la filiación de los nacidos mediante gestación por sustitución.

- Boletín Oficial del Estado. Recuperado de:
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-15317>
- Dirección General de los Registros y del Notariado, España. (5 de octubre de 2010). Instrucción sobre régimen registral de la filiación de los nacidos mediante gestación por sustitución. Boletín Oficial del Estado. Recuperado de:
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-15317>
- Dirección General del Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas (2017), Argentina. DISPOSICIÓN N.º 93/DGRC/17. Boletín Oficial: 24/10/2017. Recuperado de:
https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/ck_PE-DIS-MGOBGC-DGRC-93-17-5239.pdf
- Dolto, F. (1992) Qué es la adolescencia. En Palabras para adolescentes o el complejo de la langosta, Buenos Aires: Atlántida
- Douglas, T., & Devolder, K. (2019). A conception of genetic parenthood. *Bioethics*, 33(1), 54-59. Recuperado de
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13625187.2010.513071>
- Durán Ayago, A. (2015). Sentencias del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, casos *Menesson c. France* (n.º 65192/11) y caso *Labassee c. France* (n.º 65941/11) de 26 de junio de 2014: Interés superior del menor y gestación por sustitución. *AIS: Ars Iuris Salmanticensis*, 2(2), 280-282. Recuperado de
<https://revistas.usal.es/index.php/ais/article/view/12785/13156>
- Edelmann, R. J. (2004). Surrogacy: the psychological issues. *Journal of reproductive and infant psychology*, 22(2), 123-136.
- El País (31 de Marzo de 2019). Una mujer de 61 años da a Luz al bebé de su hijo gay en Estados Unidos. El País. Recuperado de:
https://elpais.com/sociedad/2019/03/31/actualidad/1554036925_676179.html
- Erikson, E. (2000) La adolescencia y la edad escolar. En *El ciclo vital completado*. Barcelona: Paidós.
- ESHRE (2011) Task Force on Ethics and Law including, G. de Wert, W. Dondorp, G. Pennings, F. Shenfield, P. Devroey, B. Tarlatzis, P. Barri, K. Diedrich, Intrafamilial medically assisted reproduction, *Human Reproduction*, Volume 26, Issue 3, March 2011, Pages 504–509, <https://doi.org/10.1093/humrep/deq383>
- Exposito García, M. (2004). La maternidad en el siglo XXI: una construcción imaginario-tecnológica. *Thémata*, 33, 185-190.
- Extra. (24 de marzo 2019). ¿Está permitido ser vientre de alquiler en nuestro país? Extra. Recuperado de
<https://www.extra.com.py/actualidad/esta-permitido-ser-vientre-alquiler-nuestro-pais-n2809283.html>

- Fava, L. (18 de julio de 2017). Maternidad subrogada. Llevó en el vientre a su sobrina y fue el primer caso autorizado en el país. Clarín. Recuperado de: https://www.clarin.com/entremujeres/hogar-y-familia/llevo-vientre-sobrina-primer-caso-autorizado-pais_0_B1ncM_cr-.html
- Fernández, R. (2 de julio de 2020). Nació Ismael el primer caso de gestación subrogada en Neuquén. Telam. Recuperado de: <https://www.telam.com.ar/notas/202007/484554-neuquen-nacimiento-primer-bebe-sugacion.html>
- Ferraretti, A. P., Pennings, G., Gianaroli, L., Natali, F., & Magli, M. C. (2010). Cross-border reproductive care: a phenomenon expressing the controversial aspects of reproductive technologies. *Reproductive biomedicine online*, 20(2), 261-266.
- Flores, J. (2014). Gestación por sustitución: más cerca de un estatuto jurídico común europeo. *Revista de derecho privado*, 27(2), 71-89. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4175/417537013004.pdf>
- Francia, Código Civil (1994). Ley n ° 94-653. Respeto al cuerpo humano (Du respect du corps humain). Diario Oficial 29 de julio de 1994. Recuperado de: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=A911E52ADC729B9DFF1E4E05D25BDDFD.tplgfr34s_2?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006419302&dateTexte=20200903&categorieLien=id#LEGIARTI000006419302
- Francia, Código Penal (2000). artículos 511-15 a 511-25-1 Sección 3: Protección del embrión humano (De la protection de l'embryon humain). Diario Oficial 19 de septiembre de 2000. Recuperado de: <https://beta.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006165391/2020-05-11>
- Francia, Código Penal (2002). Artículo 227-12 a 227-14 Sección 4: Ataques a la filiación (Des atteintes à la filiation). Diario Oficial 1 de enero de 2002. Recuperado de: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=F84B8F1EF74488676A4AE032BCF67E03.tplgfr34s_2?idSectionTA=LEGISCTA000006165320&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20200507
- Goli, M., Farajzadegan, Z., Heidari, Z. (2019). Reproductive and sexual Health of surrogate mothers, developing a care program: a protocol for mixed methods study. *Reprod Health* 16, 23 . <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0687-8>
- Golombok, S. (2015). Solo mother families. In *Modern Families: Parents and Children in New Family Forms* (pp. 138-162). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9781107295377.007
- Golombok, S., MacCallum, F., Murray, C., Lycett, E., & Jadvá, V. (2006). Surrogacy families: parental functioning, parent-child relationships and children's psychological development at age 2. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47(2), 213-222. <https://doi.org/10.1093/humrep/dey048>

- Golombok, S., Murray, C., Jadvá, V., MacCallum, F., & Lycett, E. (2004). Families created through surrogacy arrangements: Parent-child relationships in the 1st year of life. *Developmental psychology*, 40(3), 400
- Gómez, E. G. (1993). *Género, mujer y salud en las Américas*. Washington DC: OPS.
- Gouvernement du Québec (s.f). ¿Cómo se establece la filiación? (How is filiation established?) Recuperado de: <https://www.justice.gouv.qc.ca/en/couples-and-families/parenthood/filiation/how-is-filiation-established/>
- Government of Canada (2014). ¿Quién es un padre a efectos de ciudadanía cuando se trata de reproducción humana asistida, incluidos los arreglos de subrogación? (Who is a parent for citizenship purposes when assisted human reproduction (AHR), including surrogacy arrangements, is involved?) Recuperado de: <https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-citizenship/corporate/publications-manuals/operational-bulletins-manuals/canadian-citizenship/administration/identity/who-parent-purposes-where-assisted-human-reproduction-including-surrogacy-arrangements-involved.html>
- Grecia (2005). Ley 3305/2005 Aplicación de la reproducción asistida por un médico (Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής). Boletín del Gobierno 27 de enero de 2005. Recuperado de: https://www.kodiko.gr/nomologia/document_navigation/164338/nomos-3305-200
- Grecia, Código Civil (2002). Ley 3089/ 2002 ASISTENCIA MÉDICA EN REPRODUCCIÓN HUMANA (ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΟΒΟΗΘΗΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ). Boletín del Gobierno 23 de diciembre de 2002. Recuperado de: <http://legislation.di.uoa.gr/eli/civilcode/1984/1hohjkl+riewncughdg>
- Guerra-Palmero, M. J. (2017). Contra la llamada gestación subrogada. *Derechos humanos y justicia global versus bioética neoliberal*. *Gaceta Sanitaria*, 31, 535-538.
- Guzmán, J. L. (2017). Dimensión económica de la maternidad subrogada (“habitaciones en alquiler”). *Cuadernos de Bioética*, 28(2), 199-218.
- Hanafin, H. (1987). Surrogate parenting: reassessing human bonding. In *American Psychological Association Convention*, New York.
- Hovav, A. (2020). Cutting out the surrogate: Caesarean sections in the Mexican surrogacy industry. *Social Science & Medicine*, 113063.
- Human Fertilisation and Embryology Authority (s.f). Surrogacy. Recuperado de: <https://www.hfea.gov.uk/treatments/explore-all-treatments/surrogacy/>
- Imrie, S., & Jadvá, V. (2014). The long-term experiences of surrogates: relationships and contact with surrogacy families in genetic and gestational surrogacy arrangements. *Reproductive biomedicine online*, 29(4), 424–435. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2014.06.004>

- Israel, Ministerio de Salud (Ministry of Health) (2018) Todo lo que quería saber sobre la reforma a la Ley de Subrogación. (Everything you wanted to know about the amendment to the Surrogacy Law). Recuperado de: <https://www.health.gov.il/English/Topics/fertility/Surrogacy/Pages/default.aspx>
- Italia, Comisión Parlamentaria para la Infancia (Commissione parlamentare per l'infanzia). (1987). Ley N° 184. Derecho del niño a una familia (Diritto del minore ad una famiglia). Gaceta Oficial 17 de mayo de 1983. Recuperado de: https://www.camera.it/_bicamerale/leg14/infanzia/leggi/legge184%20del%201983.htm
- Italia, Parlamento Italiano (2004). Ley N° 40 Reglas sobre la procreación médicamente asistida (Norme in materia di procreazione medicalmente assistita). Gaceta Oficial 19 de febrero de 2004. Recuperado de: <https://www.camera.it/parlam/leggi/04040I.htm>
- Jadva, V., & Imrie, S. (2014). Children of surrogate mothers: psychological well-being, family relationships and experiences of surrogacy. *Human Reproduction*, 29(1), 90-96. <https://doi.org/10.1093/humrep/det410>
- Jadva, V., Blake, L., Casey, P., & Golombok, S. (2012). Surrogacy families 10 years on: relationship with the surrogate, decisions over disclosure and children's understanding of their surrogacy origins. *Human reproduction*, 27(10), 3008-3014.
- Jadva, V., Gamble, N., Prosser, H., & Imrie, S. (2019). Parents' relationship with their surrogate in cross-border and domestic surrogacy arrangements: comparisons by sexual orientation and location. *Fertility and sterility*, 111(3), 562–570. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.11.029>
- Jadva, V., Imrie, S., & Golombok, S. (2015). Surrogate mothers 10 years on: a longitudinal study of psychological well-being and relationships with the parents and child. *Human reproduction*, 30(2), 373-379. <https://doi.org/10.1093/humrep/deu339>
- Jadva, V., Murray, C., Lycett, E., MacCallum, F., & Golombok, S. (2003). Surrogacy: the experiences of surrogate mothers. *Human reproduction (Oxford, England)*, 18(10), 2196–2204. <https://doi.org/10.1093/humrep/deg397>
- Jesus, S., Bailey, C., Paredes S., Fernandez, J. (2014) El Vacío Legal dentro de la Legislación Boliviana; con relación a la Maternidad Subrogada. 1–6. Recuperado: http://usfx.bo/nueva/Dicyt/Handbooks/Ciencias%20Sociales%20y%20Humanidades_1/Ciencias%20Sociales%20y%20Humanidades_Handbook_Vol%20I/PAPERS_31/Social%201_Art%2012.pdf
- Kamel R. M. (2013). Assisted reproductive technology after the birth of louise brown. *Journal of reproduction & infertility*, 14(3), 96–109.
- Kindregan, Jr., Charles P. y White, Danielle, International Fertility Tourism: The Potencial for Childless Stateless in Cross-Border Commercial Subrogacy Arrangements (noviembre de 2013). *Suffolk Transnational Law Review*, vol. 36, p. 527, 2013; Suffolk University Law School Research Paper No. 13-39. Disponible en SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2359775>

- Klitzman, R., & Sauer, M. V. (2015). Creating and selling embryos for "donation": ethical challenges. *American journal of obstetrics and gynecology*, 212(2), 167-170.
- Krause F. (2018) *Caring Relationships: Commercial Surrogacy and the Ethical Relevance of the Other*. In: Krause F., Boldt J. (eds) *Care in Healthcare*. Palgrave Macmillan, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-61291-1_6
- La hora. (30 de octubre de 2019). *Vientres de alquiler, una realidad sin legislación*. La hora. Recuperado de: <https://lahora.com.ec/noticia/1102282928/vientres-de-alquiler-una-realidad-sin-legislacion>
- La Red21. (11 de abril de 2008). Cid: "La esterilidad es una enfermedad más." Recuperado de: <https://www.lr21.com.uy/comunidad/306657-cid-la-esterilidad-es-una-enfermedad-mas>
- La República. (10 de octubre de 2013). *Senado aprobó proyecto de reproducción asistida*. Recuperado de: <https://republica.com.uy/senado-aprobo-proyecto-sobre-reproduccion-asistida/>
- La Vanguardia (27 de febrero de 2020). *Israel legaliza la descendencia por subrogación para padres del mismo sexo*. La Vanguardia. Recuperado de: <https://www.lavanguardia.com/vida/20200227/473815956408/israel-legaliza-la-descendencia-por-subrogacion-para-padres-del-mismo-sexo.html>
- Lamba, N., Jadva, V., Kadam, K., & Golombok, S. (2018). The psychological well-being and prenatal bonding of gestational surrogates. *Human Reproduction*, 33(4), 646-653. <https://doi.org/10.1093/humrep/dey048>
- Lamm, E. (2012). *Gestación por sustitución. Ni maternidad subrogada ni alquiler de vientres* (Vol. 2). Edicions Universitat Barcelona.
- Law Library of Congress Israel (2012). *Israel: Reproducción y Aborto: Ley y política* (Israel: *Reproduction and Abortion: Law and Policy*). Recuperado de: <https://www.loc.gov/law/help/il-reproduction-and-abortion/israel-reproduction-and-abortion.pdf>
- Lima, N. S., & Rossi, M. (2019). Avance genético y políticas de anonimato. *Revista Bioética*, 27(4), 603-608. Epub January 10, 2020. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019274344>
- López Moratalla, N. (2009). *COMUNICACIÓN MATERNO-FILIAL EN EL EMBARAZO*. Cuadernos de Bioética, XX (3), 303-315. ISSN: 1132-1989. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=875/87512342001>
- Lozano, R. O., Díaz, J. A. Á., Valdepeñas, B. H. R., & Gonzalez, M. A. S. (2018). *Gestación subrogada: aspectos éticos*. Dilemata, (28), 63-74. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/metricas/documento/ARTREV/6694794>

- MacCallum, F., Lycett, E., Murray, C., Jadvá, V., & Golombok, S. (2003). Surrogacy: the experience of commissioning couples. *Human reproduction*, 18(6), 1334-1342. <https://doi.org/10.1093/humrep/deg253>
- Makinde O.A., Makinde O.O., Olaleye O., Brown B., Odimegwu C.O.(2019). Baby factories taint surrogacy in Nigeria (2016) *Reproductive BioMedicine Online*, 32 (1) , pp. 6-8. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2015.10.001>
- Marín, M. T. D. (2019). El presente del pasado: el principio mater semper certa est y su reflejo en la actual legislación sobre reproducción humana asistida. *RIDROM: Revista Internacional de Derecho Romano*, (22), 289-325.
- Marinelli, S. (2020). No more only one mom? European Court of Human Rights and Italian jurisprudences' ongoing evolution. *La Clinica Terapeutica*, 170(1), e36-e43. <https://doi.org/10.7417/CT.2020.2186>
- Mata-Miranda, M. M., & Vázquez-Zapién, G. J. (2018). La fecundación in vitro: Louise Brown, a cuatro décadas de su nacimiento. *Revista de sanidad militar*, 72(5-6), 363-365
- Ministerio de Justicia, España (2019). Justicia deja sin efecto la instrucción enviada a los registros consulares sobre gestación subrogada en el extranjero. Recuperado de <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/justicia/Paginas/2019/160219gestacion-subrogada.aspx>
- Ministerio de Relaciones Alemania (2019). Nota sobre la subrogación (Hinweis zu Leihmutterschaft). Recuperado de: <https://www.auswaertiges-amt.de/de/service/fragenkatalog-node/06-leihmutterschaft/606160>
- Moyano, L. M. G., García, B. P., Tricas, B. B., Vela, R. J., Portillo, S. G., & Solanas, I. A. (2016). Análisis bioético de la generación de “bebés medicamento”. *Revista de bioética y derecho*, (36), 55-65. <https://dx.doi.org/10.1344/rbd2016.36.15376>
- Muñoz, F. J. J. (2018). Una aproximación a la posición del Tribunal Europeo de Derechos Humanos sobre la gestación subrogada. *Revista de Derecho, Empresa y Sociedad (REDS)*, (12), 42-54.
- Norton, W., Hudson, N., & Culley, L. (2013). Gay men seeking surrogacy to achieve parenthood. *Reproductive biomedicine online*, 27(3), 271-279.
- Organización Mundial de la Salud (2017). Maternal mental health. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/
- Organización Mundial de la Salud & United Nations Population Fund. (2009). *Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature*. Geneva : World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43846>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para obstetras y médicos*. 2ª edición. Washington, D.C.
- Pateman, C., & Romero, M. X. A. (1995). *El contrato sexual (Vol. 87)*. Anthropos Editorial.

- Perú, Ministerio de Salud (1997). N.º 26842 Ley General de Salud. Bolentín Oficial 15 de julio de 1997. Recuperado de: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/256661-26842>
- Pizitz, T. D., McCullaugh, J., & Rabin, A. (2013). Do women who choose to become surrogate mothers have different psychological profiles compared to a normative female sample?. *Women and Birth*, 26(1), e15-e20. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S187151921200039X?via%3Dihub>
- Pizzo, A. (2006). Una questione bioetica: la maternità surrogata. *Problematica e prospettive. Dialegesthai. Rivista telematica di filosofia*, 8.
- Ponniah, K. (19 de febrero de 2018). Vientres de alquiler: cómo Ucrania se convirtió en la nueva capital internacional de las madres substitutas. *BBC News*. Recuperado de: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-43072732>
- Pujadas, F. (2019). La calidez detrás del “vientre de alquiler”. *Búsqueda*. Recuperado de: <https://www.búsqueda.com.uy/nota/la-calidez-detras-del-vientre-de-alquiler>
- Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (2019). *Assisted Reproductive Techniques In Latin America: The Latin American Registry*, 2016, 23(3), pp.255-267. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31364341>.
- Reino Unido, Majestad de la Reina (1985). Ley de arreglos de subrogación de 1985 (Surrogacy Arrangements Act 1985). *Leyes públicas generales del Reino Unido* 16 de julio de 1985. Recuperado de: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1985/49>
- Riddle, M. P. (2017). An investigation into the psychological well-being of the biological children of surrogates. *Cogent Psychology*, 4(1), 1305035. <https://doi.org/10.1080/23311908.2017.1305035>
- Riestra, S. G., & Galán, I. R. (2018). ¿Quién decide qué datos deben constar en la historia clínica en relación con el origen biológico?. *Atención Primaria*, 50(2), 74-78.
- Rivera Santivañez, J.A. *El Genoma Humano en el Ordenamiento Jurídico Boliviano. Panorama sobre la legislación en materia de genoma humano en América Latina y el Caribe*. Saada, Alya. Ciudad de México; 2006. págs. 47–80. Recuperado de: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2265/5.pdf>
- Ruiz-Robledillo, N., & Moya-Albiol, L. (2016). Gestational surrogacy: Psychosocial aspects. *Psychosocial Intervention*, 25 (3), 187-193.
- Saletti Cuesta, L. (2008). *Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad*.
- Sánchez, R (2010). La gestación por sustitución: dilemas éticos y jurídicos. *HUMANITAS, HUMANIDADES MÉDICAS: Tema del mes on-line*, (49), 1-38. Recuperado de: https://fundacionletamendi.com/revista_humanitas_pdf/TM49.pdf
- Schwarze, M. J. E., Zegers-Hosghild, F. F., & Galdames, V. V. (2010). *Reproducción asistida en Latinoamérica y Chile*. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 21(3), 451-456.

Recuperado de:

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864010705575?token=88683B723930702A7719DCFCA458DC7C0E0B49E600277E59E1E0CC7AD8C30DD372A387AC4A94C64A45CD110026C75ECD>

- Shenkman, G., Siboni, O., Tasker, F., & Costa, P. A. (2020). Pathways to fatherhood: psychological well-being among Israeli gay fathers through surrogacy, gay fathers through previous heterosexual relationships, and heterosexual fathers. *Frontiers in Psychology*, 11, 91. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00091>
- Siegel, R. (2019) "¿De dónde vine?" El impacto de la tecnología de reproducción asistida en las familias y los psicoterapeutas. *Aperturas Psicoanalíticas*, (60). Recuperado de: <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001056>
- Söderström-Anttila, V., Wennerholm, U. B., Loft, A., Pinborg, A., Aittomäki, K., Romundstad, L. B., & Bergh, C. (2016). Surrogacy: outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families—a systematic review. *Human Reproduction Update*, 22(2), 260-276
- Souto Galván, M. (2005). Aproximación al estudio de la gestación de sustitución desde la perspectiva del bioderecho. *Foro, Nueva época*, núm. 1/2005, pp.275-292.
- Spar, D. (2005). Reproductive tourism and the regulatory map. *New England Journal of Medicine*, 352(6), 531-533.
- Stolcke, V. (2018). Las nuevas tecnologías reproductivas, la vieja paternidad. *Papeles del CEIC. International Journal on Collective Identity Research*, vol. 2018/2, papel 193, CEIC (Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva), UPV/EHU Press, <http://dx.doi.org/10.1387/pceic.20116>
- Surrogacy in Ukraine (s.f). Egg Donation and Surrogacy. Recuperado de: <https://surrogacyukraine.com/>
- Tame Ayud, N. L. (2016). *Infertilidad*. México: Grijalbo
- The Law Library of Congress (2012). Centro de Investigación Jurídica Global. Israel: Reproducción y aborto: leyes y políticas. (Global Legal Research Center. Israel: Reproduction and Abortion: Law and Policy). Recuperado de: <https://www.loc.gov/law/help/il-reproduction-and-abortion/israel-reproduction-and-abortion.pdf>
- Thomas, F. (2003). *La píldora anticonceptiva: piedra angular de una revolución. Teoría y pensamiento feminista*.
- Torres, G., Shapiro, A. & Mackey, T.K. A review of surrogate motherhood regulation in south American countries: pointing to a need for an international legal framework. *BMC Pregnancy Childbirth* 19, 46 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2182-1>
- Ucrania, Ministerio de Salud (2013). Ley N° 787 Procedimiento para el uso de tecnologías de reproducción asistida en Ucrania. (ПОРЯДОК застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні). Registrado en el Ministerio de Justicia de

- Ucrania el 2 de octubre de 2013. Recuperado de:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1697-13#n323>
- Uruguay, Poder Ejecutivo (2008). Ley N° 18.426 Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva. Diario Oficial 10 de diciembre de 2008. Recuperado de:
http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/Ley_No_18-426-DSSRR.pdf
- Uruguay, Poder Ejecutivo (2012). Ley N° 18.987. Ley sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo. Diario Oficial 30 de octubre 2012. Recuperado de:
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012>
- Uruguay, Poder Ejecutivo (2013). Ley N°. 19.167 Técnicas de reproducción humana asistida. Diario Oficial 10 de diciembre 2008. Recuperado de:
<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp95254.ht>
- van den Akker, O. (2000). The importance of a genetic link in mothers commissioning a surrogate baby in the UK. *Human reproduction*, 15(8), 1849-1855.
- van den Akker, O. B. (2007). Psychosocial aspects of surrogate motherhood. *Human reproduction update*, 13(1), 53-62, <https://doi.org/10.1093/humupd/dml039>
- van den Akker, O. B. (2007b). Psychological trait and state characteristics, social support and attitudes to the surrogate pregnancy and baby. *Human Reproduction*, 22(8), 2287-2295. , <https://doi.org/10.1093/humrep/dem155>
- Vega, J., Vega, M., & MARTÍNEZ, B. P. (1995). El hijo en la procreación artificial. Implicaciones éticas y médico legales. *Cuadernos de Bioética*, 56
- Velarde, M. (2016). Reproducción asistida. En *Salud sexual y salud reproductiva y derechos humanos en Chile, Estado de la Situación 2016*. (pp. 99-110). En Chile. Santiago: Corporación MILES.
- Vexler, E. (10 de octubre de 2019). Maternidad subrogada: las argentinas, primeras en Latinoamérica en esta forma de "concebir". *Clarín*. Recuperado:
https://www.clarin.com/sociedad/maternidad-subrogada-argentinas-primeras-latinoamerica-forma-concebir-_0_i1NxdIT.html
- Ximénez de Sandoval, P. (23 de febrero 2017). Por qué California es la meca de la gestación subrogada. El país. Recuperado de:
https://elpais.com/internacional/2017/02/23/actualidad/1487854048_748059.html
- Yee, S., & Librach, C. L. (2019). Analysis of gestational surrogates' birthing experiences and relationships with intended parents during pregnancy and post-birth. *Birth*, 46(4), 628-637.. doi:10.1111/birt.12450
- Yurman, P. (2017). Maternidad sin padre: ¿Alguien piensa en el hijo?. *Inmanencia. Revista del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Eva Perón*, 6(1).
- Zadeh, S., Ilioi, E. C., Jadva, V., & Golombok, S. (2018). The perspectives of adolescents conceived using surrogacy, egg or sperm donation. *Human Reproduction*, 33(6), 1099-1106.

Zegers-Hochschild, F. (2010). Algunas reflexiones éticas en el uso de la tecnología reproductiva moderna para el tratamiento de la infertilidad. *Revista Médica Clínica las Condes*, 21(3), 469-478.

Zignago, C. (12 de febrero de 2020). Gestación subrogada en Uruguay: una realidad a medias. *El país*. Recuperado de: <https://ladiaria.com.uy/feminismos/articulo/2020/2/gestacion-subrogada-en-uruguay-una-realidad-a-medias/>